

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis

1. Pengertian

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). Hernia adalah penonjolan isi rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Berdasarkan terjadinya, hernia dibagi atas hernia bawaan atau kongenital dan hernia dapatan atau akuisita. Berdasarkan letaknya, hernia diberi nama sesuai dengan lokasi anatominya, seperti hernia diafragma, inguinalis, umbilikalis, femoralis (Dwi, 2018).

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).

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 luntiran 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 Nauri (2015), hernia inguinalis 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.

Penyebab lain yang memungkinkan terjadinya hernia adalah :

- a. Hernia inguinalis indirect, terjadi pada suatu kantong kongenital sisa dan presus vaginalis.

- b. Kerja otot yang terlalu kuat.
- c. Mengangkat beban yang berat.
- d. Batuk kronik.
- e. Mengejan sewaktu miksi dan defekasi.

3. 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 Adi dan Wulandari (2017), antara lain :

- a. Bila isinya terjepit akan menimbulkan perasaan sakit ditempat itu disertai dengan rasa mual.
- b. Bila terjadi hernia inguinalis strangulate perasaan sakit akan bertambah hebat disertai kulit diatasnya menjadi merah dan panas.
- c. Hernia femolaris kecil mungkin berisi dinding kandung kencing sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (disuria) disertai hematuria, benjolan dibawah paha.

- d. Hernia diafragmatika menimbulkan perasaan sakit di daerah perut disertai sesak nafas.

4. Patofisiologi

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).

Pembedahan dilakukan untuk mencegah komplikasi hernia. Prosedur pembedahan mengakibatkan kehilangan cairan melalui kehilangan darah dan dehidrasi yang tidak dirasakan melalui paru-paru dan kulit. Sayatan bedah menyebabkan pertahanan primer yang tidak memadai (cedera kulit, cedera jaringan, gangguan fungsi peredaran darah, retensi cairan). Luka operasi sendiri juga merupakan tempat masuknya patogen sehingga infeksi dapat terjadi kapan saja. Menarik, manipulasi jaringan dan organ. Hal ini juga dapat disebabkan oleh kompresi/stimulasi ujung saraf dari bahan kimia yang dilepaskan

selama operasi atau iskemia jaringan akibat terhentinya aliran darah ke suatu bagian seperti akibat tekanan, kejang otot atau hematoma. Jadi masalahnya nyeri akut dan resiko infeksi (Adi & Wulandari, 2017). Prosedur pembedahan mengakibatkan luka yang biasanya dapat merusak integritas kulit yang dapat menimbulkan rasa tidak nyaman dan mengurangi pergerakan serta risiko infeksi. Pasca operasi, klien mengalami kejang otot akibat pemotongan jaringan saraf yang dapat menyebabkan kelemahan dan keterbatasan gerak fisik anggota badan, dalam hal ini terdapat masalah terkait perawatan akibat hambatan gerak fisik (Nuari, 2015).

5. Penatalaksanaan Medis

Yeni (2019), menyatakan 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* sedangkan pada *hernia inguinal* pemakaian tidak dilanjutkan karena selalu tidak dapat menyembuhkan alat ini dapat melemahkan otot dinding perut.

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 irrepopibilis* apabila pasien takut oprasi, 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.

c. Suntikan

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

d. Sabuk *hernia*

Digunakan pada pasien yang menolak oprasi dan pintu *hernia* relative kecil.

e. Herniotomy

Dilakukan pembedahan kantong *hernia* sampai ke lehernya. Kantong dibuka dan isi *hernia* di bebaskan kalau ada perlengketan, kemudian *reposisi*, kantong *hernia* dijahit, ikat setinggi mungkin lalu potong. Herniotomy adalah membuka dan memotong kantong *hernia* serta mengembalikan isi *hernia* ke *cavum abdominalis* (Asih, 2019). Setelah dilakukan tindakan pembedahan herniotomy yang harus diperhatikan adalah perawatan untuk *post operasi*:

- 1) Hindari penyakit yang mungkin terjadi yaitu: perdarahan, syok, muntah, distensi, kedinginan, infeksi, dekubitus, sulit buang air kecil.
- 2) Observasi keadaan klien.
- 3) Cek Tanda-tanda vital pasien.
- 4) Lakukan perawatan luka dan ganti balutan operasi sesuai dengan jadwal.
- 5) Perhatikan drainase.
- 6) Penuhi kebutuhan nutrisi klien.
- 7) Mobilisasi diri secara dini terutama pada hari pertama dan hari kedua.
- 8) Perawatan tidur dengan sikap Fowler (sudut 45° - 60°).
- 9) Hari kedua boleh duduk
- 10) Hari ketiga boleh jalan
- 11) Diet dan pemenuhan kebutuhan nutrisi:
 - a) Hari 0: Bila pengaruh obat anestesi hilang boleh diberi minum sedikit-sedikit
 - b) Hari 1: Diet vloiher atau bubur sumsum dan susu cair (herniotomi diet sama dengan post laparotomi)
 - c) Hari 2: Diet bubur saring
 - d) Hari 3: Berturut-turut diet ditingkatkan

Komplikasi dan dampak pembedahan herniotomy adalah hemtoma (luka atau pada skrotum), retensi urin akut, infeksi pada

luka, gangguan aktivitas, nyeri kronis, nyeri dan pembengkakan testis yang menyebabkan atrofi testis, rekurensi hernia (sekitar 2%) (Asih, 2019).

B. Asuhan Keperawatan (Berdasarkan Teori Dan Sesuai Judul Kebutuhan Dasar Manusia)

1. Konsep Nyeri

a. Pengertian

Rasa nyaman berupa terbebas dari rasa yang tidak menyenangkan adalah suatu kebutuhan individu. Nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan yang terkadang dialami individu. Kebutuhan terbebas dari rasa nyeri itu merupakan salah satu kebutuhan dasar yang merupakan tujuan diberikannya asuhan keperawatan pada seorang pasien di rumah sakit (Perry & Potter, 2009).

Menurut PPNI (2017) Nyeri Akut adalah 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 dari 3 bulan.

b. Penyebab

Menurut PPNI (2017) ada beberapa penyebab masalah keperawatan Nyeri akut :

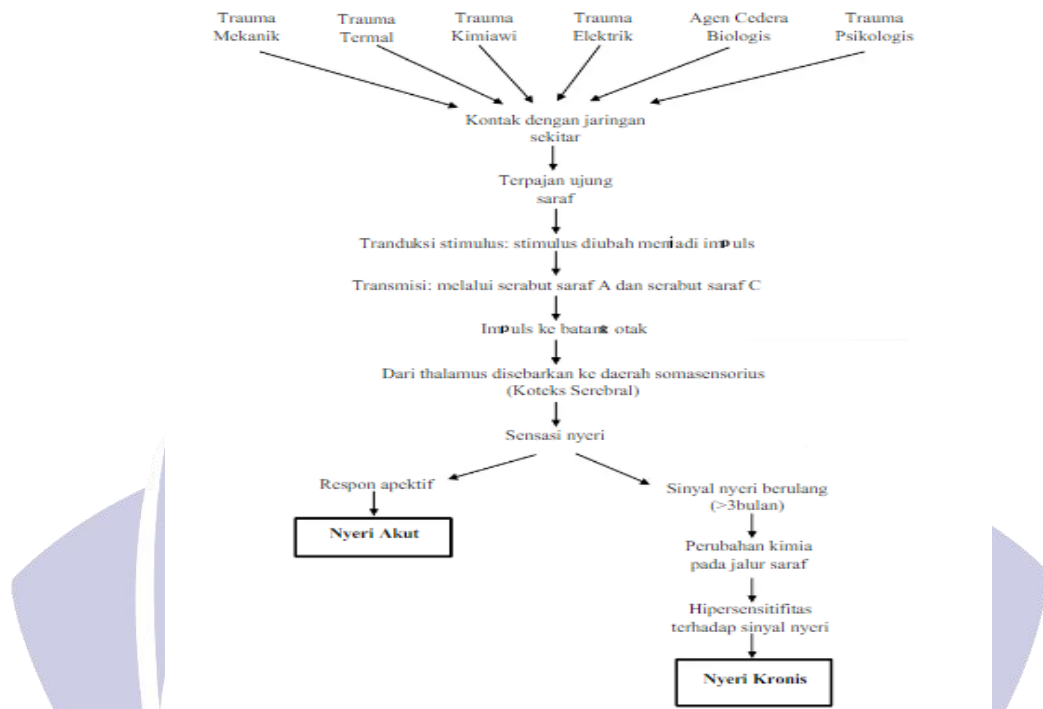
- 1) Agen pencedera fisiologis (Misalnya. Inflamasi, Iskemia, Neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (misalnya Terbakar, Bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (misalnya abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

c. Tanda dan Gejala

Gejala dan tanda menurut PPNI (2017) adalah sebagai berikut:

- 1) Gejala dan Tanda Mayor
 - a) Subjektif : pasien mengeluh nyeri
 - b) Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.
- 2) Gejala dan Tanda Minor
 - a) Subjektif : tidak tersedia
 - b) Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

d. Pathways



e. Penatalaksanaan

Nyeri dapat diatasi dengan penatalaksanaan nyeri yang bertujuan untuk meringankan atau mengurangi rasa nyeri sampai tingkat kenyamanan yang dirasakan oleh klien. Manajemen nyeri post operasi meliputi pemberian terapi farmakologi dan terapi nonfarmakologi berupa intervensi perilaku *kognitif* seperti teknik relaksasi, terapi musik, *imagery* dan *biofeedback*, namun begitu banyak aktivitas keperawatan non *farmakologis* yang dapat membantu dan menghilangkan nyeri (Potter & Perry, 2011).

Pada kasus nyeri yang dialami post operasi dalam tehnik non farmakologi penanganan nyeri yang biasa digunakan yaitu :

1) *Distraksi*

Distraksi adalah pengalihan dari fokus perhatian terhadap nyeri ke stimulus yang lain. Teknik *distraksi* dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori bahwa aktivitas *retikuler* menghambat stimulus nyeri, jika seorang menerima input sensoris yang berlebihan dapat menyebabkan terhambatnya *impuls* nyeri ke otak. Stimulus yang menyenangkan dari luar dapat juga merangsang sekresi *endorphin*, sehingga stimulus nyeri dirasakan oleh klien menjadi berkurang. Pereda nyeri secara umum berhubungan langsung dengan partisipasi aktif individu, banyaknya modalitas sensoris yang digunakan dan minat individu dalam stimulasi. Oleh karena itu, stimulasi penglihatan, pendengaran, dan sentuhan mungkin akan lebih efektif dalam menurunkan nyeri dibanding stimulasi satu indera saja.

2) *Relaksasi*

Relaksasi genggam jari adalah sebuah teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi didalam tubuh kita. Teknik genggam disebut juga finger hold (Arlina & Ternando, 2017).

Teknik relaksasi genggam jari merupakan cara mudah untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan

emosional. Relaksasi genggam jari membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri (Mardiansyah, 2023)

2. Asuhan Keperawatan berdasarkan teori

Konsep asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan catatan penting tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang klien, dan membuat catatan tentang respon kesehatan klien. Dengan demikian hasil pengkajian dapat mendukung untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien dengan baik dan tepat.

Tujuan dari dokumentasi pada intinya untuk mendapatkan data yang cukup untuk menentukan strategi perawatan. Dikenal dua jenis data pada pengkajian yaitu data *obyektif* dan *subyektif*. Perawat perlu memahami metode memperoleh data. Dalam memperoleh data tidak jarang terdapat masalah yang perlu diantisipasi oleh perawat. Data hasil pengkajian perlu didokumentasikan dengan baik (Yustiana & Ghofur, 2016).

Pengkajian data dasar pada *hernia* antara lain. (Diyono, 2010) :

1) Data Identitas

a) Identitas Klien

Identitas pasien meliputi pengkajian nama, tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, suku/bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, tanggal/rencana operasi, nomer rekam medik, diagnose medis, dan alamat.

b) Identitas Penanggung Jawab

Identitas penanggung jawab meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan pekerjaan, hubungan dengan pasien dan alamat.

2) Keluhan Utama

Keluhan utama yang dirasakan pasien *post operasi hernia* nyeri daerah luka operasi pada lipat paha atau pada sekitar *abdomen kuadran* bawah disertai terdapatnya balutan luka di daerah luka operasi. Dimana nyeri yang dirasakan terus menerus atau hilang timbul disertai mual muntah (Tetty, 2015).

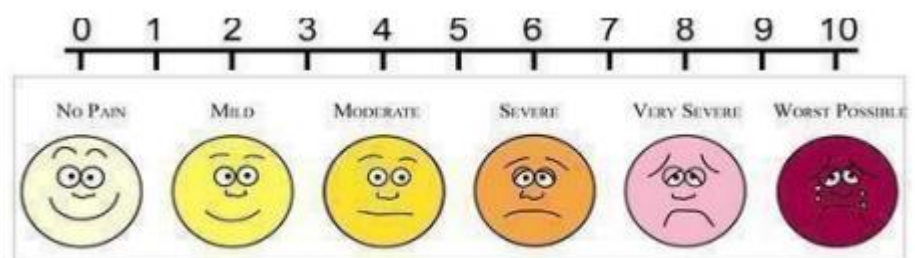
3) Riwayat Penyakit Sekarang

Keluhan saat dikaji pada pasien *post operasi hernia* yang timbul antara lain nyeri, lemas, pusing, mual, dan kembung, pada pasien *post operasi hernia* akan mengeluh nyeri pada bekas operasi. Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk pada area operasi dan sangat jarang terjadi penyebaran kecuali jika ada

komplikasi. Skala nyeri hebat pada 2 jam pertama pasca operasi dikarenakan pengaruh obat anestesi hilang, nyeri hilang timbul/menetap sepanjang hari. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien pengkajian meliputi (P,Q,R,S,T):

- a) *Provoking Incident*: apakah ada peristiwa yang menjadi yang menjadi faktor presipitasi nyeri.
- b) *Quality of Pain*: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
- c) *Region: radiation, relief*: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- d) *Severity (Scale) of Pain*: seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.

Gejala subyektif :



Gambar 2.1 Skala Nyeri

e) *Time*: berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Dalam riwayat kesehatan dahulu yang terpenting untuk dikaji adalah penyakit sistemik seperti, *diabetes melitus*, *hipertensi*, *tuberculosis*, dan sebagai bahan timbangan untuk sarana pengkajian *preoperatif*.

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Hernia tidak diturunkan, tetapi perawat perlu menanyakan apakah penyakit ini pernah dialami oleh anggota keluarga lainnya sebagai faktor *predisposisi* didalam rumah.

6) Riwayat Psikososial

Merupakan respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

7) Pola fungsi kesehatan

Pada aspek ini pengkajian aktivitas sehari-hari meliputi pola nutrisi, pola *eliminasi*, istirahat tidur, pola *personal hygiene*, dan aktivitas saat di rumah maupun di rumah sakit (Qiemas 2020).

a) Pola Nutrisi

Pada aspek ini dikaji mengenai makan dan minuman pasien saat dirumah maupun dirumah sakit, dengan mengkaji frekuensi makan dan minum, jenis makanan dan minuman, porsi makanan, jumlah minuman dan keluhan yang dialami. Untuk pasien *post operasi hernia* keluhan yang sering muncul seperti mual dan muntah, nafsu makan buruk atau *anoreksia*.

b) Pola Eliminasi

Pada aspek ini dikaji mengenai BAB dan BAK pasien saat dirumah maupun dirumah sakit, dengan mengkaji frekuensi, konsistensi, warna dan kelainan eliminasi, kesulitan eliminasi dan keluhan yang dirasakan klien pada saat BAB dan BAK. Pada pasien *post operasi hernia* keluhan yang biasanya muncul pada pola *eliminasi* biasanya ditemukan ketidakmampuan *defekasi* dan *flatus*.

c) Istirahat Tidur

Pada aspek ini dikaji mengenai kebutuhan istirahat dan tidur saat dirumah maupun dirumah sakit, dengan mengkaji kuantitas tidur siang maupun malam dan keluhan tidur yang dialami. Pada pasien *post operasi hernia* biasanya pasien mengalami gangguan tidur karena nyeri.

d) Pola Personal Hygiene

Pada pasien *post operasi hernia* biasanya pasien tidak dapat melakukan *personal hygiene*

e) Pola Aktivitas

Pada aspek ini dikaji mengenai kegiatan aktivitas yang dilakukan di lingkungan keluarga dan di rumah sakit, dilakukan secara mandiri atau tergantung. Pada pasien *post operasi hernia* biasanya pasien mengalami keterbatasan gerak.

8) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan persistem menurut (Nurohimah 2020).

a) Keadaan Umum

Biasanya pada pasien *post operasi hernia inguinalis* keadaan umum pasien lemah, kesadaran dapat dikaji dengan tingkat kesadaran secara *kualitatif glasgow coma scale* (GCS), serta dikaji tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan)

b) Sistem Pernafasan

Pada pasien *post operasi hernia inguinalis* biasanya mengalami peningkatan frekuensi pernapasan hal ini merupakan salah satu dampak akibat dari nyeri luka operasi.

c) Sistem Kardiovaskuler

Inspeksi dan palpasi: mengamati adanya *pulsasi* dan *iktus cordis*. *Perkusi:* meliputi batas-batas jantung, *Auskultasi:* irama *reguler/ireguler*, kualitas, ada/tidaknya bunyi tambahan pada jantung.

d) Sistem Pencernaan

Inspeksi : biasanya terdapat luka post operasi di hernia *inguinalis regio inguinal* panjang 4 cm dan terletak 2-4cm diatas *ligamentum inguinale*. *Auskultasi :* Pada pasien post operasi hernia *inguinalis* biasanya sering terjadi ada/tidaknya *peristaltik* usus dan penurunan bising usus. *Perkusi :* Pada pasien post operasi *hernia inguinalis* biasanya terdapat *distensi abdomen*. *Palpasi :* Pada pasien *post operasi hernia inguinalis* teraba massa, terdapat nyeri tekan pada daerah *inguinalis*.

e) Sistem Perkemihan

Kaji pengeluaran urine terdapat nyeri pada waktu *miksi* atau tidak, biasanya pada pasien *post operasi hernia inguinalis* tidak terjadi perubahan warna *urine* pada pasien menjadi lebih gelap/pekat

f) Sistem Persyarafan

Kaji tingkat kesadaran dengan menggunakan *GCS* dan dikaji semua fungsi 12 *nervus* saraf *cranial*. Pada pasien

post operasi hernia inguinalis biasanya tidak ada kelainan pada sistem persyarafan

g) Sistem Penglihatan

Pada pasien *post operasi hernia inguinalis* biasanya tidak ada tanda-tanda penurunan, tidak ada gangguan pada sistem penglihatan

h) Sistem Pendengaran

Uji kemampuan pendengaran dengan *test rine*, *webber*, dan *schwabach* menunjukkan menunjukkan tidak ada keluhan pada sistem pendengaran. Biasanya tidak terdapat keluhan pada pasien *post operasi hernia inguinalis*

i) Sistem *Muskoloskeletal*

Pada pasien *post operasi hernia inguinalis* biasanya ditemukan kelemahan dan keterbatasan gerak bila di gerakan akan menimbulkan nyeri di bagian *abdomen* karna terdapat luka *operasi*. Maka dilakukan pemeriksaan untuk mengetahui ada atau tidak keterbatasan gerak

j) Sistem *Integument*

Pada pasien *post operasi hernia inguinalis* biasanya ditemukan adanya luka operasi pada *abdomen kuadran* bawah, *turgor* kulit < 3 detik menandakan gejala *dehidrasi*. Karakteristik luka dinilai dari kedalaman luka,

biasanya luka pada pasien *post operasi hernia inguinalis* sekitar 3-5 cm, serta kaji apakah ada tanda-tanda infeksi atau tidak, kaji apakah ada *edema*, *eritema* disekitar luka, bagaimana kebersihan luka bersih/kotor.

k) Sistem Endokrin

Pada umumnya pasien *post hernia inguinalis* tidak mengalami kelainan fungsi *endokrin*. Akan tetapi tetap perlu dikaji keadekuatan fungsi *endokrin* (*thyroid* dan lain-lain).

b. Diagnosis Keperawatan

Merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (Hidayat, 2021).

Diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien *post operasi herniotomy* adalah

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)

a) 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 dari 3 bulan.

b) Etiologi

- (1) Agen pencedera fisiologis
- (2) Agen pencedera kimiawi
- (3) Agen pencedera fisik

c) Manifestasi Klinis

(1) Gejala dan tanda mayor

- (a) Subyektif : pasien mengeluh nyeri,
- (b) Obyektif : pasien tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

(2) gejala dan tanda minor

- (a) Subyektif : -
- (b) Obyektif: Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis (PPNI, 2017).

d) Kondisi Klinis Terkait

- (1) Kondisi pembedahan
- (2) Cedera traumatis
- (3) Infeksi
- (4) Sindrom Koroner Akut
- (5) Glaukoma

2) Gangguan Mobilitas Fisik b.d nyeri (D0054)

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) Malnutrisi
- (11) Gangguan musculoskeletal
- (12) Gangguan neuromuscular

- (13) IMT diatas persentil ke 75 sesuai usia
- (14) Efek agen farmakologis
- (15) Program pembatasan gerak
- (16) Nyeri
- (17) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- (18) Kecemasan
- (19) Gangguan kognitif
- (20) Keengganan melakukan pergerakan
- (21) Gangguan sensoripresepsi

c) Manifestasi Klinis

(1) Gejala dan tanda mayor:

(a) Subyektif : pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

(b) Obyektif : rentang gerak menurun,

(2) Gejala dan tanda minor :

(a) Subyektif : nyeri saat bergerak, merasa cemas saat bergerak,

(b) Obyektif : gerakan terbatas, fisik lemah.

d) Kondisi Klinis Terkait

- (1) Stroke
- (2) Cedera medulla spinalis
- (3) Trauma
- (4) Fraktur

(5) Osteoarthritis

(6) Osteomalasia

(7) keganasan

3) Resiko Infeksi ditandai dengan tindakan invasif (0142)

a) Pengertian

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

b) Factor Resiko

(1) Penyakit kronis

(2) Efek prosedur invasif

(3) Malnutrisi

(4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan

(5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer

(6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

c) Kondisi klinis terkait

(1) Luka bakar

(2) PPOK

(3) DM

(4) Tindakan Invasif

(5) Kanker

(6) Gagal ginjal

(7) Gangguan fungsi hati

(8) Penyalahgunaan obat

c. Rencana Keperawatan

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2018) intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan.


Adapun intervensi keperawatan yang diberikan sesuai dengan Diagnosa yang diprioritaskan ialah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa	SLKI	SIKI																				
1	Nyeri Akut	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : SLKI: Tingkat nyeri (L.08066)</p> <table> <tr> <th>No</th><th>Indikator</th><th>Awl</th><th>Akh</th></tr> <tr> <td>1</td><td>Keluhan nyeri</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2</td><td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3</td><td>Sikap protektif</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>4</td><td>Kesulitan tidur</td><td>3</td><td>5</td></tr> </table> <p>Keterangan no 1-4 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun</p>	No	Indikator	Awl	Akh	1	Keluhan nyeri	3	5	2	Meringis	3	5	3	Sikap protektif	3	5	4	Kesulitan tidur	3	5	<p>Manajemen Nyeri Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Identifikasi pengaruh budaya terhadap nyeri Identifikasi
No	Indikator	Awl	Akh																				
1	Keluhan nyeri	3	5																				
2	Meringis	3	5																				
3	Sikap protektif	3	5																				
4	Kesulitan tidur	3	5																				

			<p>pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnotis, relaksasi, akupresure, terapi musik,, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, terapi kompres hangat/dingin. 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi nyeri <p>Edukasi</p>
--	--	--	---

			<ol style="list-style-type: none"> 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 nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu 																
2.	Gangguan mobilitas fisik	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : SLKI: mobilitas fisik (L.05042)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>Indikator</th><th>Awl</th><th>Akh</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>Pergerakan ekstremitas</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2</td><td>Kekuatan otot</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3</td><td>Rentang gerak</td><td>3</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>Keterangan no 1-3:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. meningkat 	No	Indikator	Awl	Akh	1	Pergerakan ekstremitas	3	5	2	Kekuatan otot	3	5	3	Rentang gerak	3	5	<p>Dukungan Mobilisasi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 3. Monitor
No	Indikator	Awl	Akh																
1	Pergerakan ekstremitas	3	5																
2	Kekuatan otot	3	5																
3	Rentang gerak	3	5																



			<p>kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis pagar tempat tidur)</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</p> <p>2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>
3	Risiko Infeksi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : SLKI: tingkat infeksi (L.14137)	<p>Pencegahan Infeksi Observasi</p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal</p>

		No	Indikator	Awl	Akh	dan sistemik
		1	demam	3	5	Terapeutik
		2	kemerahan	3	5	1. Batasi jumlah pengunjung
		3	nyeri	3	5	2. Berikan perawatan kulit pada area edema
		4	bengkak	3	5	3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
		Keterangan no 1-4:				4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
		1. Meningkat				Edukasi
		2. Cukup meningkat				1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
		3. Sedang				2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
		4. Cukup menurun				3. Ajarkan etika batuk
		5. menurun				4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
						5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
						6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
						Kolaborasi
						1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

d. Implementasi keperawatan

Keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu Klien 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 Klien 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 otot progresif (Tamsuri, dalam Zees, 2012 dalam Hermanto et al., 2020).

e. 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 Klien. 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 Klien atau keluarga setelah dilakukan implementasi keperawatan

O : keadaan objektif Klien 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.

P : Setelah perawat menganalisis kemudian dilakukan perencanaan selanjutnya.

C. *EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)*

Tabel 2.2 *Evidence Base Practice (EBP)*

Penulis/ Tahun	Judul Penelitian	Metode	Hasil
Trisetnya & Widodo 2022	Terapi Relaksasi Nafas Dalam Dan Genggam Jari Pada Klien Post Herniorap hy Dengan Nyeri Akut	Penelitian ini menggunakan desain studi kasus. Studi kasus ini bertujuan untuk mengkaji, menentukan diagnosis, menentukan rencana tindakan dan mengimplementasikan tindakan terhadap klien yang mengalami post hernioraphy dengan masalah keperawatan nyeri akut. Partisipan dalam penelitian ini yaitu 2 pasien yang mengalami post hernioraphy dengan masalah nyeri akut. Lokasi studi kasus yang penulis lakukan yaitu di RSUD Dr. Soedirman Kebumen. Waktu penelitian selama 3 hari yaitu pada tanggal 7 Juli 2022 – 9 Juli 2022.	Hasil evaluasi selama 3 hari pada kedua klien 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.
Ayubban a, Dkk 2024	Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post	Rancangan karya tulis ilmiah ini menggunakan desain studi kasus (case study). Subyek yang digunakan sebanyak 2 (dua) orang post operasi dengan masalah keperawatan nyeri. Analisa data dilakukan menggunakan analisis deskriptif. Relaksasi genggam jari dilakukan selama 15 menit dalam satu kali sehari dan	Hasil penilaian skala nyeri pada responden I (Tn. K) sebelum penerapan genggam jari yaitu nyeri berat (7) selanjutnya setelah diberikan relaksasi genggam jari skala nyeri hari kedua dan hari ketiga responden mengalami penurunan

	Operasi Di Ruang Bedah Rsud Jenderal Ahmad Yani Metro	diberikan minimal selama 3 hari	skala nyeri sedang yaitu 6 dan 5. Skala nyeri responden II (Tn. M) sebelum penerapan genggam jari skala nyeri 6 dan setelah diberikan relaksasi genggam jari selama 3 hari responden tidak terjadi perubahan nyeri yaitu skala nyeri sedang (6,5 dan 4).
Rosiska, 2021	Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Post Op	Jenis penelitian ini dilakukan menggunakan penelitian Quasy Eksperimen dengan Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan One Grup Pretest and Post test Design. Penelitian ini memberikan intervensi kepada responden dan membandingkan sebelum dan sesudah dilakukan tindakan pemberian teknik relaksasi genggam jari. Populasi pada penelitian ini adalah jumlah pasien post op di ruang bedah RSU 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. Waktu penelitian dilakukan pada Mei 2021. Pengolahan data dilakukan secara komputerisasi. Analisa univariat diolah dengan distribusi frekuensi dan analisa bivariat diolah dengan uji T test independent.	Hasil penelitian ini menggunakan uji statistik dengan uji t test independent, diperoleh hasil uji t test independent untuk pretest dan posttest didapatkan nilai p-value 0,011. Maka terdapat perbedaan yang signifikan antara pretest dan posttest yang berarti ada pengaruh pemberian teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri pada pasien post op di Ruang Bedah RSU Mayjen H.A Thalib Kerinci Tahun 2021.