

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Hernia Inguinalis

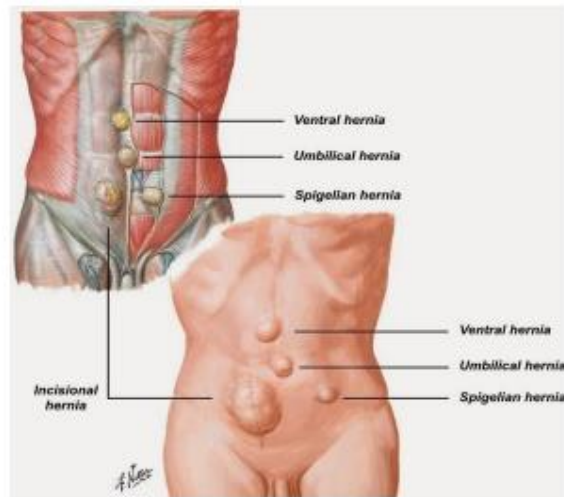
2.1.1 Definisi Hernia Inguinalis

Hernia berasal dari kata latin *herniae* yang berarti penonjolan isi rongga melalui jaringan ikat lemah dinding rongga. Dinding rongga akan membentuk kantong dengan pintu seperti cincin. Hernia dapat didefinisikan sebagai penonjolan isi suatu rongga melalui bagian lemah dari dinding rongga yang di dapat. Hernia memiliki tiga bagian meliputi kantong hernia, isi hernia, dan cincin hernia. Hernia inguinalis merupakan kasus yang umumnya sering di temui, salah satu ciri khas hernia inguinalis adalah adanya penonjolan di bawah inguinalis lebih tepatnya pada area lipatan di area paha atau bisa terjadi pada area skrotum. Hernia inguinalis di bagi menjadi dua yaitu hernia inguinalis lateralis (indirek) dan hernia inguinalis medialis (direk). (Sjamsuhidayat, 2016).

Hernia inguinalis lateralis suatu penonjolan yang keluar dari rongga perut melalui anulus inguinalis internus yang biasa terletak di lateral pembuluh epigastrika inferior (Mustikaturrokhmah & Idoan Sijabat, 2022) Hernia merupakan tonjolan abnormal pada fasia dinding perut. Hernia merupakan kondisi dimana organ dalam tubuh menekan dan mencuat melalui jaringan otot atau jaringan ikat sekitarnya yang lemah (Willy, 2018). Jaringan ikat tubuh seharusnya cukup kuat dalam menahan organ tubuh di dalamnya supaya tetap dalam posisi masing-masing. Akan tetapi, beberapa jaringan ikat dapat melemah sehingga tidak bisa menahan organ di dalamnya yang akhirnya menyebabkan hernia.

2.1.2 Anatomi Fisiologi

Gambar 2. 1
Anatomi Fisiologi



Secara anatomi, anterior dinding perut terdiri atas otot-otot multilaminar yang berhubungan dengan aponeurosis, fasia, dan kulit. Pada bagian lateral, terdapat tiga lapisan otot dengan fasia oblik yang berhubungan dengan satu sama lain. Pada setiap otot terdapat tendon yang disebut dengan aponeurosis. Otot transversus abdominis adalah otot internal lateral dari otot dinding perut dan merupakan lapisan dinding perut yang mencegah hernia inguinalis. Bagian kedua otot membentuk lengkungan aponeurotik transversus abdominis sebagai tepi atas cincin inguinal internal dan di atas dasar medial kanalis inguinalis. Ligamentum inguinal menghubungkan antara tuberkulum pubikum dan SIAS. Kanalis inguinalis dibatasi di kranial oleh anulus inguinalis internus yang merupakan bagian terbuka dari fasia transversalis dan aponeurosis musculus transversus abdominis. Pada bagian medial bawah di atas tuberkulum pubikum, kanal ini dibatasi oleh anulus inguinalis eksterna bagian terbuka dari aponeurosis musculus oblikus eksternus. Bagian atas terdapat

aponeurosis musculus oblikus ektermus, dan pada bagian bawah terdapat ligament inguinalis (Nurhastuti, 2019)

Secara fisiologis, terdapat beberapa mekanisme yang dapat mencegah terjadinya hernia inguinalis, yaitu kanalis inguinalis yang berjalan miring, adanya struktur dari musculus oblikus intermus abdominis yang menutup anulus inguinalis internus ketika berkontraksi, dan adanya fasia transversa yang kuat menutupi trigonum Hasaellbach yang umumnya hampir tidak berotot. Pada kondisi patologis, gangguan pada mekanisme ini dapat menyebabkan terjadinya hernia inguinalis (Aisyah, 2019).

2.1.3 Etiologi

Hernia terjadi karena kombinasi diantara kondisi otot yang tertarik dan melemah. Otot yang melemah akan menyebabkan timbulnya cincin dimana usus atau organ pada area sekitarnya dapat masuk dan terperangkap pada cincin tersebut. Apabila organ sulit untuk dikembalikan ke posisi semula, maka timbulah adanya hernia inkarserata yang menyebabkan obstruksi pada usus dan jika dibiarkan akan berakibat pada gangguan vaskularisasi. Beberapa faktor yang menjadi penyebab lemahnya otot diantaranya adalah usis, batuk kronis, kongenital (kelainan bawaan), cedera atau komplikasi post operasi abdomen, gizi buruk, dan berkurangnya sintesis serat kolagen pada dinding otot abdomen (Yang dan Liu, 2014). Selain itu, faktor risiko terjadinya hernia diantaranya adalah:

a. Terlalu sering mengangkat beban berat

Terlalu sering mengangkat beban berat dapat menyebabkan tekanan berlebih pada otot perut dan area panggul, yang dapat memperburuk kelemahan struktural yang sudah ada atau bahkan menyebabkan terbentuknya hernia.

b. Konstipasi kronis

Konstipasi kronis dapat menyebabkan hernia inguinalis karena tekanan yang berulang pada dinding perut, tekana yang meningkat ini dapat mendorong bagian usus atau jaringan perut lainnya keluar melalui

titik lemah tersebut dan lebih rentan terhadap hernia karena merupakan jalur tempat pembuluh darah dan saraf melewati dinding perut.

c. Kehamilan dan berat badan meningkat

Kehamilan mengalami perubahan fisiologis dan mekanis dalam tubuh, saat kehamilan terjadi peningkatan tekanan intra-abdominal, perubahan hormon yang melemahkan jaringan ikat, kenaikan berat badan dan tekanan fisik selama persalinan yang dapat menjadi resiko terjadinya hernia.

d. Penumpukan cairan dalam rongga abdomen

Penumpukan cairan dalam rongga abdomen atau asites dapat meningkatkan tekanan intra-abdominal dan memperparah kelemahan pada dinding perut sehingga meningkatkan resiko terbentuknya hernia inguinalis.

e. Tumor abdomen

Terjadinya peningkatan tekanan intra-abdominal, perubahan anatomis, dan kelemahan jaringan perut akibat keberadaan tumor dapat meningkatkan resiko terjadinya hernia inguinalis.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Pada umumnya keluhan orang dewasa berupa benjolan di inguinalis yang timbul pada waktu mengejan, batuk atau mengangkat beban berat dan menghilang pada waktu istirahat berbaring. Pada inspeksi perhatikan keadaan simetris pada kedua inguinalis, skrotum, atau labia dalam posisi berdiri dan berbaring. Pasien diminta mengejan atau batuk sehingga adanya benjolan atau keadaan simetris dapat dilihat. Palpasi dilakukan dalam keadaan ada benjolan hernia, diraba konsistensinya, dan dicoba mendorong apakah benjolan dapat direposisi. Setelah benjolan dapat direposisi dengan jari telunjuk, kadang cincin hernia dapat diraba berupa annulus inguinalis yang melebar (Jansen, 2018).

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

a. Tampak benjolan dilipatan paha.

- b. Bila isinya terjepit akan menimbulkan perasaan sakit ditempat itu disertai perasaan mual.
- c. Bila terjadi hernia inguinalis strangulate perasaan sakit akan bertambah hebat disertai kulit diatasnya menjadi merah dan panas
- d. Hernia femolaris kecil mungkin berisi dinding kandung kencing sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (disuria) disertai hematuria (kencing darah), benjolan dibawah sela paha.
- e. Hernia diafragmatika menimbulkan perasaan sakit didaerah perut disertai sesak nafas.
- f. Bila pasien mengejan atau batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar.

2.1.5 Klasifikasi

Menurut Sjamsuhidajat 2016, klasifikasi hernia antara lain:

a. Berdasarkan terjadinya:

- 1) Hernia bawaan atau congenital
- 2) Hernia didapat atau akuisita

b. Berdasarkan tempatnya:

- 1) Hernia Inguinalis: hernia isi perut yang tampak di daerah sela paha (regio inguinalis).
- 2) Hernia femoralis: hernia isi perut yang tampak di daerah fosa femoralis.
- 3) Hernia diafragmatik: hernia yang masuk melalui lubang diafragma ke dalam rongga dada.
- 4) Hernia umbilikalis: hernia isi perut yang tampak di daerah isi perut
- 5) Hernia nucleus pulposus (HNP).

c. Berdasarkan sifatnya

- 1) Hernia reponibel: yaitu isi hernia masih dapat dikembalikan ke kavum abdominalis lagi tanpa operasi.
- 2) Hernia irreponibel: yaitu isi kantong hernia tidak dapat dikembalikan ke dalam rongga.
- 3) Hernia akreta: yaitu perlengketan isi kantong pada peritonium kantong hernia.

4) Hernia incarcerated: yaitu bila isi hernia terjepit oleh cincin hernia.

d. Berdasarkan isinya

1) Hernia adiposa: adalah hernia yang isinya terdiri dari jaringan lemak.

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

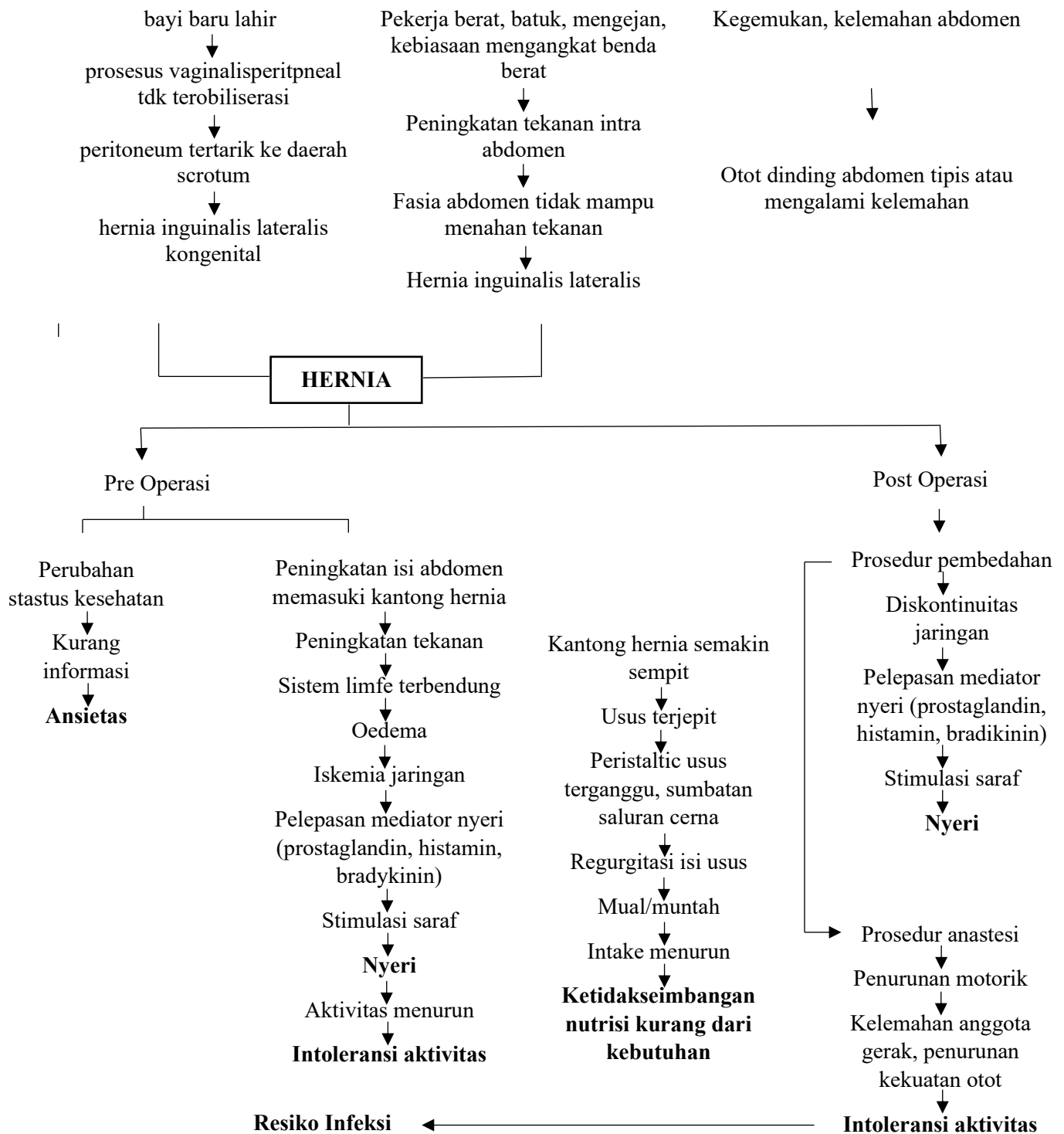
3) Sliding hernia: adalah hernia yang isi hernianya menjadi sebagian dari dinding kantong hernia.

2.1.6 Patofisiologi

Hernia berkembang pada saat intraabdominal mengalami peningkatan tekanan seperti mengejan, bersin terlalu kuat, batuk kronis maupun pada saat melakukan aktivitas berat. Tekanan berlebihan pada perut menyebabkan kelemahan, yang bisa disebabkan oleh dinding perut yang tipis. Yang akan terjadi adalah kerusakan pada abdominal dan terjadi hernia. Seiring bertambahnya usia insiden hernia meningkat dikarenakan penyakit yang meningkatkan tekanan intra-abdomen dan mengakibatkan kurangnya kekuatan pada jaringan pendukung. (Muhammad Qiemas, 2020) Pada orang dewasa, hernia terjadi seiring bertambahnya usia dikarenakan terjadinya kelemahan pada otot-otot dinding perut. Seiring bertambahnya usia, organ dan jaringan tubuh mengalami proses degenerasi.

Pada orang dewasa kanalis tersebut telah tertutup. Kanalis merupakan area locus minoris resistance, maka bisa terbuka kembali jika terjadi tekanan intraabdomen seperti batuk kronik, mengejan dan mengangkat barangbarang berat. Hal itu dapat menyebabkan terjadinya hernia inguinalis karena terdorongnya suatu jaringan tubuh. Hernia memiliki 3 unsur yaitu kantong hernia terdiri dari peritoneum, isi hernia terdiri dari usus, ovarium, apendiks di vertikel dan bulu-bulu, struktur hernia berupa kulit (skrotum).

2.1.7 Pathway



2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut (Meliani & Dytho, 2022; Siringo Ringo, 2019) pada penderita hernia dapat dilakukan dengan USG (ultrasonografi), CT scan, dan MRI (Magnetic Resonance Imaging). Dengan pemeriksaan ini, keterlibatan organ yang tertinggal di dalam kantung hernia dapat diketahui dengan lebih tepat. Pemeriksaan laboratorium yang biasa dilakukan meliputi :

1. Sinar X abdomen untuk mengetahui kadar gas dalam usus atau obstruksi usus
2. Laparoskopi dapat digunakan untuk mengetahui posisi hernia inguinalis guna mengevaluasi hernia berulang atau tidak
3. Pemeriksaan herniogram dengan menyuntikan kontras dalam rongga peritoneum guna melihat apakah ada tonjolan yang tidak simetris pada area inguinal.

Pemeriksaan lain yang dapat dilakukan pada penderita hernia dapat dilakukan dengan teknik pemeriksaan sederhana yaitu :

1. Pemeriksaan finger test dengan cara memasukkan salah satu jari melalui skrotum menuju kanalis inguinalis. Bila terdapat benjolan
2. Pemeriksaan ziemen test dengan melakukan manipulasi peningkatan intraabdomen, bila terdapat benjolan yang menyentuh jari 2 maka akan di asumsikan hernia inguinalis lateralis, bila menyentuh jari ke 3 hernia inguinalis medialis, bila menyentuh jari ke 4 maka akan di asumsikan sebagai hernia femoralis
3. Pemeriksaan thumb test dilakukan dengan menekan anulus internis dengan jari pertama, bila benjolan keluar maka akan di asumsikan sebagai hernia inguinalis medialis sebaliknya jika benjolan tidak keluar maka akan di asumsikan sebagai hernia lateralis. menyentuh ujung jari maka akan di asumsikan sebagai hernia inguinalis lateralis.

2.1.9 Komplikasi

Menurut (Nuruzzaman 2019) Komplikasi yang di timbulkan dari hernia antara lain :

- a. Hernia berulang
Hernia dapat berulang karena kelemahan jaringan perut yang menetap, faktor tekanan intra-abdominal, faktor genetik, usia dan proses penuaan serta teknik operasi dan pemulihan yang tidak dirawat dengan baik.
- b. Hematoma
Hematoma terjadi karena beberapa faktor yang berkaitan dengan tindakan operasi, trauma/cedera, kondisi pembekuan darah, aktivitas fisik yang berlebih dan infeksi sehingga dapat menyebabkan hematoma.
- c. Retensi urin
Berkaitan dengan anatomi fisiologi tubuh seperti terjadi penekanan pada kandung kemih atau uretra yang dapat menyebabkan retensi urin.
- d. Infeksi pada luka
Jika perawatan luka tidak ditangani dengan baik dapat menyebabkan infeksi pada area luka.
- e. Nyeri kronis atau akut
Awal mula keluhan yaitu menimbulkan nyeri akut dan jika dibiarkan akan berdampak menjadi nyeri kronis.
- f. Pembengkakan testis karena atrofi testis
Terjadi tekanan pada intra-abdominal maka terhambatnya aliran darah ke testis dan menyebabkan atrofi testi, atrofi ini terjadi penyusutan atau pengecilan ukuran testis dan dapat mengakibatkan pembengkakan testis.

2.1.10 Penatalaksanaan

1. Konservatif Tindakan ini bukan merupakan tindakan sementara sehingga dapat kambuh kembali (Elsya Yosita Utami, 2020) meliputi :
 - a. Reposisi
Reposisi merupakan prosedur dimana isi hernia di kembalikan ke dalam perut tindakan untuk mengembalikan isi hernia ke dalam abdomen. Reposisi di lakukan secara bimanual atau menggunakan

dua tangan sehingga tangan kiri membentuk corong dan tangan kanan mendorong cincin hernia agar isi hernia dapat kembali ke posisi semula. Tindakan ini tidak dianjurkan dilakukan pada hernia inguinalis strangulasi kecuali pada anak-anak.

b. Suntikan

Di lakukan dengan cara penyuntikan pada daerah sekitar hernia guna memperkecil pintu hernia. Cairan yang di gunakan adalah cairan sklerotik berupa alcohol.

c. Sabuk hernia

Tindakan ini di lakukan pada penderita hernia yang memiliki pintu hernia relative kecil dan penderita yang menolak tindakan operasi.

2. Tindakan operatif Penatalaksanaan dari hernia inguinalis lateralis adalah dengan di lakukan tindakan operatif. Tindakan operatif merupakan satu-satunya tindakan pengobatan rasional untuk hernia (Mustikaturrokhmah & Idoan Sijabat, 2022). Operasi hernia di bedakan 3 macam :

a. Herniotomy

Herniotomy di lakukan dengan cara membuka kantung hernia untuk memastikan isi kantung hernia. Setelah kantung hernia di buka, masukkan kembali isi kantung hernia ke dalam rongga perut dan ikat serta potong hernia. (Wahid et al., 2019)

b. Hernioplasty

Hernioplasty adalah prosedur pembedahan untuk mencegah hernia berulang dengan mengecilkan cincin

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Herina Inguinalis

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan, untuk itu di perlukan ketelitian mengenai masalah-masalah pasien sehingga dapat memberikan arah terhadap tindakan keperawatan, pengkajian terdiri dari beberapa tahap di antaranya :

- 1) Identitas pasien, meliputi : Nama, menurut (Kurniawati et al., 2021) sebagian besar pasien hernia inguinalis adalah laki-laki pada usia 25-

60 tahun. Agama, Status Perkawinan, Pendidikan, menurut (Pambudi, n.d.) pekerjaan yang berdampak terkena hernia inguinalis adalah pekerjaan yang memerlukan kekuatan tubuh seperti, mengangkat barang-barang yang berat. Tanggal masuk, NO.RM, Diagnosa Medis.

Identitas penanggung jawab meliputi : Nama, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan pasien.

2) Riwayat Kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

Menurut (Kurniawati et al., 2021; Muhammad Qiemas, 2020) Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab yang nantinya membantu dalam rencana tindakan terhadap pasien. Pada pasien hernia inguinalis keluhan utama yang dirasakan pasien hernia adalah terdapat benjolan pada lipatan paha atau nyeri hebat yang dirasakan pada daerah abdomen, dan pada pasien yang telah dilakukan tindakan pembedahan keluhan yang sering dirasakan nyeri akut karena disebabkan oleh diskontinuitas jaringan, nyeri tersebut dapat diukur dengan PQRST salah satunya ada dengan numeric scale rating (Grace, 2016).

b. Riwayat kesehatan dahulu

Mengkaji latar belakang pasien sebelum masuk rumah sakit yang menjadi faktor terjadinya hernia inguinalis seperti riwayat bekerja mengangkat benda-benda berat, riwayat penyakit menular atau keturunan. Pasien tidak memiliki riwayat penyakit menular.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit hernia merupakan salah satu faktor yang mengakibatkan terjadinya hernia, seperti diabetes, hipertensi.

2. Genogram

Merupakan riwayat keluarga yang tersusun dari 3 generasi atau individu yang berisi simbol khusus untuk menjelaskan penyakit dengan keluarga yang memiliki tujuan untuk mengkaji suatu riwayat penyakit yang di miliki keluarga pasien. Pada pengkajian yang di lakukan penulis pada pasien di dapatkan anak kedua dari tiga bersaudara, dan mempunyai tiga orang anak. Pasien tinggal satu rumah bersama istri dan anak-anaknya. Keluarga pasien tidak memiliki riwayat penyakit, seperti hipertensi, diabetes mellitus, kanker maupun penyakit kronis lainnya. Dari keluarga pasien tidak ada yang memiliki penyakit hernia inguinalis.

3. Pola Pengkajian Fungsional (Data Fokus)

Pola Pengkajian Fungsional Menurut Gordon, Meliputi :

a. Pola eliminasi

Eliminasi mencakup BAB dan BAK. Pola eliminasi menggambarkan keadaan eliminasi pasien sebelum sakit sampai saat sakit meliputi : frekuensi, konsistensi, warna, adanya darah, serta keluhan yang di rasakan.

b. Personal hygiene

Personal hygiene mencakup kebiasaan mandi, gosok gigi, mencuci rambut, menggunting kuku, dan mengganti pakaian saat sakit.

c. Aktivitas

Aspek yang harus di kaji pada pengkajian aktivitas meliputi : kegiatan yang biasa di lakukan, apakah pasien mampu beraktivitas secara mandiri atau membutuhkan bantuan. Pada pasien hernia inguinalis akan mengalami kelemahan yang dapat menyebabkan terganggunya aktivitas sehari hari. Menurut (Ridlo, 2022) Aktivitas berat menjadi salah satu faktor terjadinya hernia inguinalis.

d. Istirahat dan tidur

Kaji kualitas istirahat tidur pasien saat sakit dan sebelum sakit. Beberapa aspek yang harus di kaji yaitu, kebiasaan tidur, jam tidur, serta apakah ada kesulitan tidur yang di alami.

e. Nutrisi dan metabolik

Kaji kebiasaan pasien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi baik sebelum maupun saat sakit. Aspek yang perlu di kaji meliputi : frekuensi makan, porsi makan yang di habiskan, alergi makanan, serta keluhan yang berhubungan dengan nutrisi misalnya, mual dan muntah.

f. Persepsi pemeliharaan kesehatan

Aspek yang harus di kaji yaitu pemahaman pasien mengenai pola kesehatan dan cara penanganannya. Pada pasien hernia inguinalis biasanya hanya menganggap penyakit hernia adalah penyakit yang tidak memerlukan tindakan lebih lanjut.

g. Kognitif- perseptual sensori

Mengkaji pada aspek kognitif, sensorik, maupun motoric adanya perbedaan sebelum dan sesudah operasi pada pasien hernia inguinalis. Biasanya akan mengalami pusing dan pandangan sedikit kabur pasca operasi bedah.

h. Pola peran dan hubungan

Mengkaji hubungan antar keluarga dan pola interaksi social. Pada pasien hernia biasanya akan sedikit tertutup karena malu dengan penyakitnya.

i. Pola seksualitas dan reproduksi

Mengkaji mengenai pola kepuasan dan ketidakpuasan pasien serta menggambarkan pola reproduksi. Pada pasien hernia sedikit mengalami perubahan pada tingkah kepuasan dan biasanya mengalami gangguan seksualitas.

j. Pola koping dan toleransi stress

Mengkaji mengenai pola koping pada pasien, cara pasien menyelesaikan suatu masalah. Pada pasien hernia biasanya mengalami fase denial atau penyangkalan terhadap penyakitnya.

k. Pola nilai kepercayaan

Mengkaji nilai keyakinan pasien, apakah adanya penyimpangan yang terjadi pada nilai kepercayaan pasien.

4. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan pemeriksaan yang akan dilakukan menggunakan metode head to toe, yaitu pemeriksaan dari ujung kepala hingga ujung kaki untuk mengetahui tanda-tanda klinik ataupun kelainan yang terjadi. Pemeriksaan fisik dilakukan menggunakan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi. Pemeriksaan fisik meliputi : Kesadaran : Composmentis, somnolen, stupor, spoor koma, koma. Pada saat pasien hernia inguinalis masuk ke rumah sakit biasanya memiliki kesadaran composmentis.

a. Sistem Pernapasan

Pemeriksaan pernapasan meliputi inspeksi, bagaimana keadaan bentuk kesimetrisan dada, apakah terlihat menggunakan otot bantu pernafasan dan lihat bagaimana pola nafas pada pasien, pemeriksaan palpasi melakukan penialain vocal premitus, perkusi di lakukan pada semua lapang paru dan auskultasi melakukan penilaian suara nafas

b. Sistem Kardiovaskuler

Pemeriksaan kardiovaskuler meliputi inspeksi dan palpasi, pemeriksaan dilakukan untuk melihat bagian bentuk dada, mengamati pulsasi ictus cordis. Pemeriksaan palpasi untuk menentukan batas-batas jantung yang bertujuan guna mengetahui ukuran jantung. Pemeriksaan auskultasi mendengarkan bunyi jantung, untuk mengetahui apakah ada bunyi jantung tambahan atau tidak.

c. Sistem Pencernaan

Dikaji mulai dari mulut sampai anus, tidak ada asites, pada pasien post-op biasanya sudah tidak ada benjolan pada abdomen, pada pasien post-op biasanya ada nyeri tekan, tidak ada distensi

abdomen. Terdapat suara tympani pada abdomen, Peristaltik usus 5-21x/menit.

d. Sistem Persyarafan

Umumnya pada pasien hernia tidak mengalami gangguan pada persyarafannya, namun gangguan bisa terjadi dengan adanya nyeri pada post operasi sehingga perlu dikaji nilai GCS.

e. Sistem Perkemihan

Pada Post Operasi kaji apakah terdapat benjolan pada abdomen bagian bawah / kandung kemih. Pada hernia inkarcerata dan strangulata di jumpai penurunan produksi urine. Ada tidaknya nyeri tekan pada kandung kemih. Kaji PQRST.

f. Sistem Muskuloskeletal

Biasanya post operasi herniotomy secara umum tidak memiliki gangguan, tetapi perlu dikaji kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah, dengan nilai kekuatan otot (0-5), adanya kekuatan pergerakan atau keterbatasan gerak. Terdapat lesi/ luka. Kaji keadaan luka apakah terdapat push atau tidak, ada tidaknya infeksi, keadaan luka bersih atau lembab (Muttaqin, 2018). Dan ada data penunjang dan pemeriksaan lainnya

g. Analisa data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : - Mengeluh nyeri DO : - Tampak meringis - Bersikap protektif - Sulit tidur - Gelisah - Menarik diri - Nadi dan tekanan darah meningkat	Agen pencedera fisik	Nyeri akut
2	DS : - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	Keenganan melakukan pergerakan	Gangguan mobilitas fisik

	- Nyeri saat bergerak DO : - Kekuatan otot menurun - ROM menurun		
3	DS : - Klien mengeluh sulit buang air besar DO : - Peristaltic usus menurun - Pengeluaran feses lama dan sulit	Kelemahan otot abdomen	Konstipasi
4	DS : - Merasa khawatir dengan akibat dan kondisi yang dihadapi - Sulit tidur DO : - Tampak gelisah - Tampak tegang - Frekuensi nadi dan napas meningkat	Krisis situasional	Ansietas
5	DS : - Menanyakan masalah yang dihadapi DO : - Menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran - Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah - Menunjukkan perilaku berlebihan (agitasi)	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan
6	DS : - DO : - adanya luka post operasi	Efek prosedur infasif	Resiko infeksi

5. Diagnosa Keperawatan

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI, 2016) Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan yang di alami baik secara actual maupun potensial. Diagnosa yang sering muncul pada pasien hernia inguinalis antara lain :

- a. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, menarik diri, tekanan darah meningkat.
- b. Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan dibuktikan dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot mrnurun, ROM menurun, nyeri saat bergerak.
- c. Konstipasi (D.0049) berhubungan dengan kelemahan otot abdomen dibuktikan dengan peristaltic usus menurun, kelemahan umum, pengeluaran feses lama dan sulit.
- d. Ansietas (D.0080) berhubungan dengan krisis situasional dibuktikan dengan tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, frekuensi nadi dan napas meningkat.
- e. Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah, menunjukkan perilaku berlebihan (misal apatis, bermusuhan, agitasi, histeria).
- f. Resiko infeksi (D.0142) di tandai dengan efek prosedur infasif

6. Intervensi

Intervensi atau rencana asuhan keperawatan merupakan perencanaan tertulis yang menggambarkan secara lengkap mengenai rencana tindakan yang akan di lakukan kepada pasien berdasarkan diagnosa keperawatan (SIKI 2018 dan Kurniawati et al., 2021)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D. 0077)	Tujuan : setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam di harapkan dapat memenuhi kriteria hasil sebagai berikut : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun, 3. Kesulitan tidur menurun.	Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 6. Kontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri Edukasi	1. Membantu menganalisi detail nyeri dalam diagnosis yang tepat dan menentukan intervensi yang paling efektif 2. Mengukur intensitas nyeri secara objektif membantu dalam memantau efektivitas pengobatan dan menyesuaikan intervensi. 3. Mengamati respon nonverbal penting untuk penilaian yang komprehensif. 4. Dapat membantu dalam menghindari pemicu nyeri dan menerapkan tindakan yang meringankan.

			7. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, 8. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Kolaborasi 9. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	5. Teknik seperti relaksasi, kompres hangat atau dingin, dan pijat dapat mengurangi nyeri tanpa efek samping obat. 6. Mengurangi faktor lingkungan yang dapat memicu atau memperparah nyeri. 7. Mengedukasi pasien tentang teknik ini memberi alat tambahan untuk mengatasi nyeri secara mandiri. 8. Mendorong pasien untuk melacak dan mencatat nyeri mereka membantu mereka dan penyedia layanan kesehatan dalam menilai pola dan efektivitas intervensi. 9. Kolaborasi dengan tim medis untuk memberikan obat pereda nyeri sesuai kebutuhan memastikan manajemen nyeri yang komprehensif dan efektif.
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan	Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam di	Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	1. Adanya nyeri atau keluhan fisik membantu dalam menilai kesiapan pasien

	keengganan melakukan pergerakan (D. 0054)	harapkan dapat memenuhi kriteria hasil sebagai berikut : 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Nyeri menurun 3. Gerakan terbatas menurun.	2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik 4. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis, tongkat, kruk), 5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meingkatkan ambulasi. Edukasi 6. Anjurkan melakukan ambulasi dini 7. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus di lakukan (mis, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda)	untuk ambulasi dan menentukan kebutuhan akan intervensi tambahan untuk mengurangi nyeri. 2. Menilai toleransi fisik pasien terhadap ambulasi membantu dalam menetapkan batas aktivitas yang aman dan mencegah cedera atau kelelahan berlebihan. 3. Memantau kondisi umum pasien, seperti denyut jantung, tekanan darah, dan tanda-tanda kelelahan atau ketidaknyamanan, memungkinkan deteksi dini masalah yang mungkin timbul selama ambulasi. 4. Alat bantu ambulasi dapat meningkatkan stabilitas dan keamanan, membantu pasien untuk bergerak dengan lebih percaya diri dan mengurangi risiko jatuh. 5. Dukungan dari keluarga dapat memberikan motivasi tambahan bagi pasien
--	---	---	--	--

				6. Dapat membantu mencegah komplikasi seperti trombosis vena dalam, pneumonia, dan deconditioning otot, serta mempercepat pemulihan. 7. Mengajarkan ambulasi sederhana kepada pasien membantu mereka membangun kepercayaan diri dan keterampilan dasar untuk mobilitas mandiri.
3	Konstipasi berhubungan dengan kelemahan otot abdomen (D.0049)	Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam di harapkan dapat memenuhi kriteria hasil sebagai berikut : 1. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 2. Konsistensi feses membaik	Observasi 1. Periksa tanda dan gejala, periksa pergerakan usus, karakteristik feses 2. Identifikasi faktor risiko konstipasi Terapeutik 3. Anjurkan diet serat tinggi 4. Lakukan evakuasi feses secara manual, jika perlu 5. Berikan enema atau irigasi, jika perlu. Edukasi	1. Memantau tanda dan gejala konstipasi serta karakteristik feses membantu dalam menentukan tingkat keparahan konstipasi 2. Faktor risiko seperti kurangnya aktivitas fisik, pola makan rendah serat, penggunaan obat-obatan tertentu, atau kondisi medis yang mendasarinya, dapat membantu dalam mencegah dan mengelola konstipasi secara lebih efektif.

		3. Frekuensi defekasi membaik.	6. Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi 7. Ajarkan cara mengatasi konstipasi Kolaborasi 8. Kolaborasi penggunaan obat pencahar, jika perlu	3. Serat membantu meningkatkan volume dan kelembutan feses 4. Diperlukan untuk menghilangkan feses yang terjebak dan mencegah komplikasi lebih lanjut. 5. Enema atau irigasi dapat membantu melunakkan feses dan merangsang pergerakan usus 6. Dapat memudahkan pergerakan usus, sehingga mencegah konstipasi. 7. Membantu pasien dalam mengelola kondisi ini secara mandiri. 8. Kolaborasi dengan tim medis memastikan penggunaan yang aman dan efektif.
4	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)	Tujuan : setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam di harapkan dapat memenuhi kriteria hasil :	Observasi 1. Identifikasi tingkat ansietas berubah (kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil Keputusan	1. Membantu dalam memahami pola ansietas dan menentukan intervensi yang tepat.

		1. Verbalisasi khawatir menurun 2. Perilaku tegang menurun 3. Perilaku gelisah menurun.	3. Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Edukasi 6. Anjurkan kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, latih teknik relaksasi 7. latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat. Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu	2. Menilai kemampuan ini membantu dalam memberikan dukungan yang diperlukan dan memastikan keputusan yang diambil tepat. 3. Memantau tanda-tanda fisik dan psikologis ansietas seperti detak jantung yang cepat, pernapasan cepat, dan gejala emosional membantu dalam mengidentifikasi tingkat keparahan ansietas dan efektivitas intervensi. 4. Lingkungan yang aman dan mendukung membantu pasien merasa lebih tenang dan terbuka, sehingga memfasilitasi pengelolaan ansietas dengan lebih baik. 5. Membantu pasien mengenali situasi atau pemicu ansietas 6. Kegiatan pengalihan seperti hobi atau latihan relaksasi seperti pernapasan dalam
--	--	---	--	--

				dapat membantu mengurangi ketegangan dan ansietas. 7. Mengajarkan mekanisme pertahanan diri yang sehat dan efektif membantu pasien dalam mengelola ansietas mereka secara konstruktif. 8. untuk membantu mengelola ansietas yang parah.
5	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)	Tujuan : setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam, di harapkan kriteria hasil: 1. Dapat terpenuhi verbalisasi minat dalam belajar meningkat 2. Kemampuan menjelaskan	Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan 3. Motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Terapeutik 4. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan	1. Menilai kesiapan dan kemampuan pasien untuk menerima informasi memastikan bahwa pendidikan kesehatan dapat diberikan secara efektif dan dipahami dengan baik. 2. Membantu dalam memberikan edukasi yang spesifik dan relevan serta mengarahkan intervensi yang tepat. 3. Memotivasi pasien untuk mengadopsi perilaku hidup bersih dan sehat dapat

		pengetahuan tentang suatu topic meningkat 3. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topic meningkat 4. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat.	5. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dan berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 6. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.	meningkatkan kepatuhan dan keberhasilan intervensi kesehatan. 4. Materi dan media pendidikan yang tepat dan mudah dipahami membantu pasien dalam memperoleh pengetahuan 5. Menyusun jadwal pendidikan yang disepakati bersama dan memberikan kesempatan untuk bertanya memastikan bahwa informasi dapat diserap dengan baik dan kebutuhan pasien terpenuhi. 6. Membantu pasien memahami pentingnya pencegahan penyakit dan cara menjaga kesehatan secara proaktif.
6	Resiko infeksi di tandai dengan efek prosedur infasif (D.0142)	Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam di harapkan dapat memenuhi kriteria hasil sebagai berikut :	Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan siskemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung	1. Agar deteksi dini infeksi dan intervensi cepat untuk mencegah penyebaran atau komplikasi lebih lanjut. 2. Mengurangi risiko penularan infeksi dari luar dan membantu menciptakan

		1. Kebersihan badan meningkat 2. Nyeri menurun 3. Bengkak menurun 4. Kemerahan menurun.	3. Berikan perawatan kulit pada area edema Edukasi 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Anjurkan memeriksa kondisi luka atau luka operasi Kolaborasi 6. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	lingkungan yang lebih steril dan aman bagi pasien. 3. Membantu mencegah kerusakan kulit dan masuknya patogen yang dapat menyebabkan infeksi. 4. Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala infeksi membantu dalam mengenali infeksi lebih awal 5. Mengajarkan pasien untuk secara rutin memeriksa kondisi luka atau luka operasi membantu dalam mendeteksi tanda-tanda infeksi dini 6. Imunisasi dapat menjadi langkah pencegahan penting terhadap infeksi tertentu.
--	--	--	--	--

7. Implementasi

Pada tahap implementasi merealisasikan rencana keperawatan yang sudah ditetapkan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Kegiatan yang dilakukan pada tahap implementasi yaitu pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama sebelum dan sesudah diberikan tindakan (M. Pebriana, 2022)

8. Evaluasi

Tahap evaluasi yaitu tahap terakhir proses keperawatan, tahap ini merupakan tahap perbandingan secara sistematis dan terencana dengan tujuan yang telah ditetapkan dan dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan. Evaluasi memiliki tujuan untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak (Y. Pebriana, 2020). Evaluasi dibagi menjadi dua yaitu:

- a. Evaluasi formatif : evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.
- b. Evaluasi sumatif : evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan/ketidakberhasilan, rekapitulasi dan Kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan.

2.3 Konsep Perioperatif

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Istilah perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan yaitu preoperative phase (fase pra operasi), intraoperative phase (fase intraoperasi) dan post operative phase (fase pasca operasi). Masing-masing fase ini dimulai pada waktu tertentu dan berakhir pada waktu tertentu pula dengan urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah dan masing-masing mencakup rentang perilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat menggunakan proses keperawatan dan standar praktik keperawatan (Majid, Judha & Istianah, 2011).

a. Fase pra operasi

Fase pra operasi dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien berada di meja operasi sebelum pembedahan dilakukan. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pra operasi dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan dan pembedahan (Majid, Judha & Istianah, 2011). Bagi perawat anestesi, perawatan pra anestesi dimulai saat pasien berada di ruang perawatan, atau dapat juga dimulai pada saat pasien diserahkan di ruang operasi dan berakhir saat pasien dipindahkan ke meja operasi. Tujuan perawatan pra operasi :

- 1) Menciptakan hubungan yang baik dengan pasien, memberikan penyuluhan tentang tindakan anestesia.
 - 2) Mengkaji, merencanakan dan memenuhi kebutuhan pasien.
 - 3) Mengetahui akibat tindakan anestesia.
 - 4) Mengantisipasi dan menanggulangi kesulitan yang mungkin timbul.
- Dalam menerima pasien yang akan menjalani tindakan anestesia, perawat anestesi wajib memeriksa kembali data dan persiapan anestesia, diantaranya :

- 1) Memeriksa : (identitas pasien dan keadaan umum pasien, kelengkapan status /rekam medik, surat persetujuan operasi dari pasien / keluarga, data laboreatorium, rontgent, EKG dan lain-lain, gigi palsu, lensa kontak, perhiasan, cat kuku, lipstick dan lain –lain).
- 2) Mengganti baju pasien dengan baju operasi.
- 3) Membantu pasien untuk mengosongkan kandung kemih.
- 4) Mencatat timbang terima pasien serta catatan medis lainnya yang menjadi pendukung data saat pasien akan dioperasi. Perawat anestesia juga bertugas memberikan pre-medikasi berdasarkan instruksi tertulis dari Dokter Spesialis Anestesiologi atau dokter lain yang berwenang (Majid, Judha & Istianah, 2011). Hal-hal yang harus diperhatikan adalah :

- 1) Memeriksa kembali nama pasien sebelum memberikan obat.
- 2) Mengetahui riwayat penyakit yang pernah diderita.
- 3) Mengetahui riwayat alergi terhadap obat-obatan.
- 4) Memeriksa fungsi vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan) sebelum memberikan premedikasi dan sesudahnya.

b. Fase intra operasi

Fase intra operasi dimulai ketika pasien masuk atau dipindah ke instalasi bedah (meja operasi) dan berakhir saat pasien dipindahkan di ruang pemulihan (Recovery Room) atau istilah lainnya adalah Post Anesthesia Care Unit (PACU). Pada fase ini ruang lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan intravena catheter, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Contoh konkrit peran perawat dalam fase intra operasi adalah memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat scrub (instrumentator), atau membantu mengatur posisi pasien diatas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar kesimetrisan tubuh (Majid, Judha & Istianah, 2011).

Pada fase ini terdapat juga pengisian checklist. Yang bertanggung jawab untuk memeriksa checklist, yaitu perawat sirkuler tetapi dapat juga setiap dokter yang berpartisipasi dalam operasi. Checklist dalam operasi dibagi menjadi tiga fase, masing-masing sesuai dengan periode waktu tertentu dalam prosedur normal : periode sebelum induksi anestesi (sign in), periode setelah induksi dan sebelum insisi (time out) dan periode selama atau segera setelah penutupan luka (sign out) (WHO, 2009).

Sign in yaitu sebelum induksi anestesia, koordinator pengisian checklist akan secara verbal mengkonfirmasi dengan pasien (jika mungkin) identitasnya, lokasi operasi, prosedur dan persetujuan operasi telah diperoleh. Koordinator akan selalu mengkonfirmasi bahwa lokasi operasi sudah ditandai (jika perlu) dan akan meninjau secara lisan dengan anestesi profesional mengenai resiko pasien kehilangan darah, penyulit pernapasan, alergi, dan juga apakah persiapan mesin anestesi serta obat-obatan telah lengkap. Idealnya, ahli bedah akan hadir untuk 'Sign in', karena ahli bedah mungkin memiliki gagasan yang lebih jelas tentang kehilangan darah yang diantisipasi, alergi atau faktor-faktor penyulit potensial lainnya. Namun kehadiran dokter bedah dalam melengkapi checklist tidak diwajibkan.

Pada fase Time Out, tim akan berhenti sesaat sebelum sayatan kulit untuk mengkonfirmasi dengan keras bahwa operasi yang sedang dilakukan pada pasien yang benar dan lokasi yang benar. Semua anggota tim kemudian akan meninjau secara verbal satu sama lain, pada gilirannya, unsur-unsur penting dari rencana mereka untuk operasi, menggunakan pertanyaan checklist pada panduan. Mereka juga akan mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya dan bahwa pencitraan penting ditampilkan sebagaimana mestinya.

Pada fase Sign Out tim akan meninjau bersama operasi yang dilakukan, kelengkapan jumlah spons dan instrumen serta label dari

setiap spesimen bedah yang diperoleh. Mereka juga akan meninjau setiap malfungsi peralatan atau masalah yang perlu ditangani. Pada akhirnya tim akan meninjau rencana utama dan kekhawatiran untuk manajemen pasca operasi serta pemulihan sebelum memindahkan pasien dari ruang operasi.

c. Fase pasca operasi

Fase pasca operasi dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau ruang perawatan bedah atau di rumah. Lingkup aktivitas keperawatan meliputi rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen atau obat anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan pasien (Majid, Judha & Istianah, 2011). Tujuan perawatan pasca operasi:

- 1) Mengawasi kemajuan pasien sewaktu masa pulih.
- 2) Mencegah dan segera mengatasi komplikasi yang terjadi.
- 3) Menilai kesadaran dan fungsi vital tubuh pasien untuk menentukan saat pemindahan/pemulangan pasien (sesuai dengan “penilaian aldrette”)

Aktivitas perawat anestesi :

- 1) Setelah pengakhiran anestesia, pasien dikirim ke kamar pulih sadar untuk pemantauan fungsi vital tubuh oleh perawat terlatih.
- 2) Bila dianggap perlu pasien dapat langsung dikirim ke ruang rawat khusus (misalnya ICU).
- 3) Bantuan oksigenasi, ventilasi dan sirkulasi tetap diberikan.
- 4) Pemberian analgesia dan sedatif disesuaikan dengan kondisi pasien.
- 5) Keputusan untuk memindahkan pasien dari kamar pulih sadar dibuat oleh dokter yang bertugas.

2.4 Konsep Relaksasi Genggam Jari

1. Definisi genggam jari

Teknik menggenggam jari adalah salah satu teknik Jin Shin Jyutsu. Jin Shin Jyutsu merupakan teknik akupresur Jepang. Teknik ini adalah suatu seni dengan menggunakan pernafasan dan sentuhan tangan yang sederhana untuk membuat energi yang ada didalam tubuh menjadi seimbang. Terapi genggam jari dapat mengendalikan dan mengembalikan emosi yang akan membuat tubuh menjadi rileks. Ketika tubuh dalam keadaan rileks, maka ketegangan otot berkurang dan kemudian akan mengurangi kecemasan (Yuliastuti, 2019).

Menggenggam jari sambil mengatur nafas (relaksasi) dapat mengurangi ketegangan fisik dan emosi karena genggam jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi yang terletak pada jari tangan kita titik-titik refleksi pada tangan akan memberikan rangsangan secara refleks/spontan pada saat genggam (Rasyid & Samaran 2019)

2. Manfaat terapi relaksasi genggam jari

Beberapa manfaat dari relaksasi genggam jari (Wardhana, 2022):

- 1) Mengurangi nyeri, takut dan cemas
- 2) Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam
- 3) Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh
- 4) Menenangkan pikiran dan dapat mengontrol emosi
- 5) Melancarkan aliran dalam darah

3. Kelebihan dan kekurangan relaksasi genggam jari (Fransiska, 2023)

- 1) Kelebihan : meminimalisir rasa gelisah, rasa cemas dan khawatir, memberikan daya tahan yang lebih kuat pada penyakit, meminimalisir tekanan, mudah dilakukan, dapat dilakukan oleh siapa saja dn kapan pun dan dapat dilakukan sendiri.

- 2) Kekurangan : faktor masalah konseling itu sendiri, faktor teknis dan faktor dalam diri konseling

4. Mekanisme terapi relaksasi genggam jari

Tangan merupakan alat sederhana dan ampuh untuk menyelaraskan dan membawa tubuh menjadi seimbang. Menggenggam jari sambil menarik nafas dalam – dalam dapat mengurangi bahkan menyembuhkan ketegangan fisik atau emosi, teknik relaksasi genggam jari ini nantinya akan dapat menghangatkan titik – titik keluar dan masuknya energi pada meridian (jalan energi dalam tubuh) yang terletak pada jari – jari tangan, sehingga nantinya mampu memberikan sebuah efek rangsangan secara spontan pada saat dilakukan genggaman, kemudian rangsangan tersebut nantinya akan mengalir menuju ke otak, kemudian dilanjutkan ke saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga diharapkan sumbatan di jalur energi menjadi lancar (Indrawati, 2018)

Mekanisme teknik relaksasi genggam jari dalam menurunkan nyeri adalah di dalam jari manusia terdapat titik meridian yang memberikan rangsangan saat menggenggam. Relaksasi genggam jari menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen non-nosiseptor. Serabut saraf non-nosiseptor mengakibatkan “gerbang” tertutup sehingga stimulus pada kortek serebri 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. Gelombang listrik yang dihasilkan dari genggaman, diproses menuju saraf menuju organ yang mengalami gangguan. Hasil yang ditimbulkan menyebabkan relaksasi yang akan memicu pengeluaran hormon endorphin untuk mengurangi nyeri (Sofiyah et al., 2019).

Relaksasi genggam jari dilakukan selama 15 menit dalam satu kali sehari dan diberikan minimal selama 3 hari. Teknik relaksasi genggam jari mampu menurunkan nyeri pada semua klien pasca operasi, kecuali

pada klien yang mengalami luka di daerah telapak tangan dan telapak kaki tidak diperbolehkan untuk diberikan terapi.

5. Cara melakukan terapi relaksasi genggam jari

Cara melakukan teknik genggam jari menurut Cane (2018) adalah :

- 1) Genggam tiap jari mulai dari ibu jari selama 2 - 5 menit, anda bisa memulai dengan tangan manapun.
- 2) Tarik nafas dalam - dalam (ketika bernafas, hiruplah dengan rasa harmonis, damai, nyaman dan kesembuhan)
- 3) Hembuskan nafas secara perlahan dan lepaskan dengan teratur (ketika menghembuskan nafas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepas semua perasaan - perasaan negatif dan masalah - masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran kita yang berhubungan dengan kerusakan jaringan karena post operasi herniorapy pasien herniorapy).
- 4) Rasakan getaran atau rasa sakit keluar dari setiap ujung jari – jari tangan.
 - a) Sekarang pikirkan perasaan - perasaan yang nyaman dan damai, sehingga anda hanya fokus pada perasaan yang nyaman dan damai saja.
 - b) Lakukan cara diatas beberapa kali pada jari tangan lainnya.
 - c) Tindakan Relaksasi Genggam Jari dilakukan sebanyak 3 kali dalam sehari atau saat nyeri terasa.
- 5) Seringkali ketika sedang menggenggam jari, anda merasakan denyutan yang cukup keras disetiap jari anda. Hal ini menunjukkan keadaan emosi yang kurang seimbang sehingga jalur energi terhambat dan kurang seimbang. Ketika energi yang tersumbat mulai lancar, maka denyutan disetiap jari akan melembut dan perasaan menjadi lebih tenang dan seimbang. Setelah denyutan menjadi lebih ringan, anda bisa memindahkan genggaman pada jari selanjutnya secara berurutan

Gambar 2. 2
Relaksasi Genggam Jari



Keterangan :

- 1) Ibu jari berhubungan dengan perasaan sedih, ingin selalu menangis, dan merasa merana.
- 2) Jari telunjuk berhubungan dengan perasaan takut, panik, merasa terancam dan tidak nyaman.
- 3) Jari tengah berhubungan dengan perasaan marah, benci, dan kecewa.
- 4) Jari manis berhubungan dengan perasaan cemas dan kuatir.
- 5) Jari kelingking berhubungan dengan perasaan rendah diri dan kecil hati

Tabel 2.1
SOP Relaksasi Genggam Jari

Standar Prosedur Operasional Terapi Relaksasi Genggam Jari	
Pengertian	Teknik genggam jari adalah sebuah teknik relaksasi sederhana yang mudah di lakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan aliran tubuh manusia dan dapat mengurangi rasa nyeri
Tujuan	1. Mengurangi nyeri, takut dan cemas 2. Mengurangi perasaan panik, khawatir dan terancam 3. Memberikan perasaan yang nyaman pada tubuh 4. Menenangkan pikiran dan dapat mengontrol emosi 5. Melancarkan aliran dalam darah
Kebijakan	Bahwa semua pasien yang mengalami nyeri dapat melakukan teknik relaksasi genggam jari

Prosedur	Waktu yang di butuhkan untuk menjelaskan dan mempraktikkan teknik relaksasi genggam jari yaitu ≥ 10 menit. Pasien di minta untuk mempraktikkan teknik relaksasi genggam jari selama 10 menit, dapat di ulang sebanyak 3 kali. Teknik relaksasi genggam jari dapat di lakukan setelah kegawatan pada pasien teratasi Pelaksanaan Teknik Relaksasi Genggam Jari - Persiapkan pasien dalam posisi yang nyaman - Siapkan lingkungan yang tenang - Kontrak waktu dan jelaskan tujuan - Perawat meminta pasien untuk merilekskan pikiran kemudian motivasi pasien dan perawat mencatatnya sehingga catatan tersebut dapat digunakan - Jelaskan rasional dan keuntungan dari teknik relaksasi genggam jari Cuci tangan dan observasi tindakan prosedur pengendalian infeksi lainnya yang sesuai, berikan privasi, bantu pasien keposisi yang nyaman atau posisi bersandar dan minta pasien untuk bersikap tenang - Minta pasien menarik nafas dalam dan perlahan untuk merilekskan semua otot, sambil menutup mata - Peganglah jari dimulai dari ibu jari selama 2-3 menit, bisa menggunakan tangan mana saja - Anjurkan pasien untuk menarik nafas dengan lembut - Minta pasien untuk menghembuskan nafas secara perlahan dan teratur - Anjurkan pasien menarik nafas, hiruplah bersama perasaan tenang, damai, dan berpikirlah untuk mendapatkan kesembuhan - Minta pasien untuk menghembuskan napas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepaskan perasaan dan masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran - Motivasi pasien untuk mempraktikkan kembali teknik relaksasi genggam jari - Dokumentasi respon pasien

Tabel 2.1
Analisis Jurnal

	Jurnal 1	Jurnal 2	Jurnal 3	Jurnal 4	Jurnal 5
Judul, Penulis dan Sumber	Judul : “Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari (Finger Hold) Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Hernia Di Ruang Anggrek Rsud Ngimbang Lamongan” Tahun : 2020 (Arsita et al., 2020)	Judul : “Implementasi Relaksasi Genggam Jari Pada Pasien Post Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra Dengan Masalah Gangguan Nyeri Dan Ketidaknyamanan” Tahun : 2021 (Didik et al., 2021)	Judul : “Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Di Ruang Bedah Rsud Jenderal Ahmad Yani Metro” Tahun 2024 (Bela et al., 2024)	Judul : “Terapi Relaksasi Nafas Dalam Dan Genggam Jari Pada Klien Post Hernioraphy Dengan Nyeri Akut” Tahun 2022 (Wahyu widodo, Meylinda Trisetya, 2022)	Judul : “Relaksasi Genggam Jari Pada Pasien Post Operasi” Tahun 2022 (Indah Lastri, Eni Hidayai 2022)
Penerbit	Universitas Muhammadiyah Lamongan	Jurnal Of Management Nursing	Jurnal Cendikia Muda	Jurnal Penelitian Perawat Profesional	Jurnal Uninus

Tujuan penelitian	Tujuan dari penatalaksanaan nyeri adalah menurunkan nyeri sampai tingkat yang dapat ditoleransi	Mengetahui pengaruh relaksasi genggam jari terhadap nyeri post operasi pada asuhan keperawatan Tn.T dengan diagnosis Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra (HILS) di Ruang Cendrawasih Bawah RSUD Ajibarang.	mengetahui penerapan genggam jari pada pasien post operasi dengan masalah keperawatan nyeri di Ruang Bedah RSUD Jend. Ahmad Yani Metro tahun 2023	Tujuan nya untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami post hernioraphy dengan nyeri akut di RSUD Dr. Soedirman Kebumen.	Tindakan yang bisa dilakukan untuk mengurangi nyeri dapat diatasi dengan terapi non farmakalogi salah satunya dengan Relaksasi genggam jari. Studi kasus ini bertujuan untuk menggambarkan asuhan keperawatan pada relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri post operasi laparatomy.
Metode Penelitian	One group pre-post test	Desain penelitian deskriptif	desain studi kasus (case study)	menggunakan metode deskriptif dengan menggunakan studi kasus.	Desain studi kasus ini menggunakan deskriptif dengan pendekatan proses asuhan keperawatan
Participan	dengan teknik simple random sampling didapatkan 32 responden	subjek studi kasus berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan nyeri post Hernia Inguinalis Lateralis Sinistra (HILS) di RSUD Ajibarang.	Subyek yang digunakan sebanyak 2 (dua) orang post operasi dengan masalah keperawatan nyeri.	Subjek kasus dalam penelitian ini adalah 2 orang klien yang mengalami masalah keperawatan yang sama yaitu nyeri akut	2 pasien.
Hasil	Data dianalisis menggunakan uji Sample	Hasil penelitian menunjukkan skala nyeri	Hasil penerapan menunjukkan bahwa setelah dilakukan penerapan	Hasil studi kasus pada klien post hernioraphy yang diberikan terapi relaksasi	Pemberian relaksasi genggam jari selama 3 hari dalam waktu 15 menit

	Paired T-Test nilai $p=0,00$. Hasil penelitian menunjukkan sebelum dilakukan teknik relaksasi genggam jari intensitas nyeri 6,97 dan setelah dilakukan teknik relaksasi genggam jari intensitas nyeri 5,94. Artinya terjadi penurunan intensitas nyeri post operasi hernia.	pasien sebelum diberikan implementasi sebesar 5 sedangkan skala nyeri setelah diberikan implementasi relaksasi genggam jari selama 3 x 24 jam menjadi 3.	relaksasi genggam jari, skala nyeri kedua subyek mengalami penurunan nyeri	napas dalam dan genggam jari diperoleh data yaitu, pada klien I yang semula memiliki skala nyeri 6 setelah diberikan teknik relaksasi nafas dalam dan genggam jari berkurang menjadi skala 1. Sedangkan klien II awalnya memiliki skala nyeri 6 menurun menjadi skala 2. Kesimpulan yang didapat adalah terapi relaksasi nafas dalam dan genggam jari mampu menurunkan intensitas nyeri pada klien post hernioraphy.	dengan frekuensi pemberian terapi 1 kali/hari pada pasien post operasi laparatomy dapat mengurangi nyeri. Skala nyeri post operasi sebelum diberikan terapi relaksasi genggam jari sebagian besar kategori sedang, setelah diberikan menjadi kategori ringan. Sehingga intervensi ini terbukti memiliki pengaruh dalam menurunkan skala nyeri yang dirasakan oleh pasien post operasi
--	---	---	---	---	--

Kesimpulan :

Berdasarkan hasil analisis jurnal di atas menyatakan bahwa teknik relaksasi genggam jari pada pasien post operasi hernia inguinalis untuk mengatasi nyeri adanya pengaruh setelah dilakukan teknik relaksasi genggam jari, terkait perubahan nyeri dinilai dari skala nyeri (0-10) yang awalnya tinggi menjadi sedang atau menjadi hilang rasa nyerinya. Maka dari itu dari ke lima jurnal diatas menyatakan bahwa terapi relaksasi genggam jari berpengaruh terhadap nyeri.