

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Penyakit Hernia**

##### **2.1.1 Definisi Hernia**

Hernia berasal dari istilah Latin herniae, yang berarti penonjolan isi rongga melalui jaringan ikat rapuh pada rongga dinding. Dinding rongga akan terbentuk kantong dengan pintu masuk berbentuk cincin (Setyaningrum, 2023). Hernia mungkin ditandai sebagai penonjolan zat di dalam rongga melalui bagian yang rentan dinding dengan rongga yang bisa diperoleh. Hernia terdiri dari tiga komponen, antara lain kantung hernia, isi hernia dan cincin hernia. Berdasarkan posisinya, hernia dikategorikan menjadi hernia. hernia hiatus, hernia epigastrik,hernia umbilikalis, hernia femoralis, hernia insisional, hernia nukleus pulposus,dan hernia inguinalis (Setyaningrum, 2023).

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 dibagi menjadi dua yaitu hernia inguinalis lateralis (indirek) dan hernia inguinalis medialis (direk). (Sjamsuhidayat, 2016). Hernia inguinalis lateralis suatu penenjolan yang keluar dari rongga perut melalui anulus inguinalis internus yang biasa terletak di lateral pembuluh epigastrika inferior (Setyaningrum, 2023).

### a. Klasifikasi Hernia

Menurut Nuruzzaman (2019), Hernia merupakan prostrusi atau penonjolan isi rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Hernia ada beberapa jenis, yaitu :

#### 1) Hernia Hiatal

Hernia hiatal adalah kondisi dimana kerongkongan (pipa tenggorokan) turun, melewati diafragma melalui celah yang disebut hiatus sehingga sebagian perut menonjol ke dada (toraks).

#### 2) Hernia Epigastric

Hernia epigastrik terjadi diantara pusar dan bagian bawah tulang rusuk digaris tengah perut. Hernia epigastrik biasanya terdiri dari jaringan lemak dan hernia ini sering menimbulkan rasa sakit dan tidak dapat didorong kembali kedalam perut ketika pertama kali ditemukan.

#### 3) Hernia Umbilical

Hernia umbilical berkembang didalam dan disekitar umbilikus (pusar) yang disebabkan bukaan pada dinding perut, yang biasanya menutup sebelum kelahiran, tidak menutup sepenuhnya. Hernia jenis ini biasanya menutup secara bertahap sebelum usia 2 tahun.

#### 4) Hernia Inguinalis

Hernia inguinalis adalah hernia yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan diselakangan atau skrotum. Hernia

inguinalis terjadi ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos ke bawah melalui celah.

5) Hernia Femoralis

Hernia Femoralis muncul sebagai tonjolan dipangkal paha. Tipe ini lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pada pria.

6) Hernia Insisional

Hernia Insisional dapat terjadi melalui luka pasca operasi perut. Hernia ini muncul sebagai tonjolan didekat pusar yang terjadi ketika otot sekitar pusar tidak menutup sepenuhnya.

7) Hernia Nukleus Pulposi (HNP)

Hernia nukleus pulposi adalah hernia yang melibatkan cakram tulang belakang. Diantara setiap tulang belakang ada diskus intervertebralis yang menyerap goncangan cakram dan meningkatkan elastisitas dan mobilitas tulang belakang

### **2.1.2 Etiologi Hernia**

Hernia inguinalis bisa terjadi akibat kelainan bawaan atau faktor yang didapat. Hernia inguinalis dapat muncul pada semua usia, lebih sering terjadi pada pria dibandingkan wanita. Pembentukan pintu masuk hernia ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti annulus internus yang cukup lebar sehingga memungkinkan kantong hernia dan isinya melewati. Selain itu, diperlukan dorongan dari isi hernia untuk menembus pintu yang lebar tersebut.

Adanya proses vaginalis yang terbuka, peningkatan tekanan dalam rongga perut, dan kelemahan otot dinding perut akibat penuaan dianggap menjadi faktor yang berperan (Kumaat, 2022).

Peningkatan tekanan intra abdominal dapat dipicu oleh kondisi, seperti kehamilan, obesitas, dan pertumbuhan tumor. Selain itu, tindakan seperti batuk kronis, angkat beban berat, mengejan saat buang air besar, dan mengejan saat berkemih, seperti dalam kasus hipertrofi prostat, dapat meningkatkan tekanan di dalam rongga perut dan berpotensi menyebabkan hernia (Rhesa Putra, 2022).

### **2.1.3 Manifestasi Klinis**

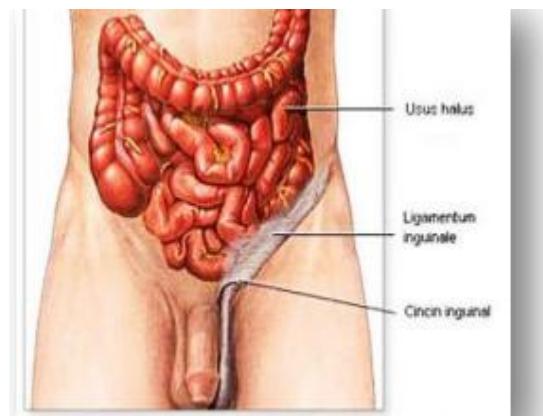
Mayoritas hernia tidak menunjukkan gejala, umumnya pada orang dewasa termanifestasi sebagai benjolan di daerah inguinal yang dapat membesar ke arah depan atau masuk ke dalam skrotum. Benjolan ini biasanya lebih terlihat Ketika seseorang mengejan, batuk, atau mengangkat beban berat, dan cenderung menghilang saat beristirahat atau berbaring (Hutapea, 2020).

Hernia kebanyakan terdeteksi melalui pemeriksaan fisik rutin dengan mengevaluasi benjolan pada annulus inguinalis superfisialis atau suatu kantong yang mencapai tingkat annulus inguinalis profundus. Salah satu indikator awal hernia adalah hadirnya massa di area inguinal atau bagian atas skrotum. Seiring waktu, sejumlah hernia bisa turun hingga ke dalam skrotum, menyebabkan pembesaran pada organ tersebut. Pasien

hernia umumnya merasakan ketidaknyamanan dan kekakuan di daerah tersebut, yang dapat dikurangi dengan cara memposisikan hernia secara manual kembali ke dalam cavitas peritonealis. Namun, hernia cenderung muncul kembali saat berdiri atau bergerak (Ryan et al., 2023).

#### 2.1.4 Anatomi Hernia

Hernia terdiri dari 3 unsur yaitu kantong hernia yang terdiri dari peritonium, isi hernia yang biasanya terdiri dari usus, omentum, kadang berisi organ straperitoneal seperti ovarium, appendiks divertikel dan buli. Unsur terakhir adalah struktur yang menutupi kantong hernia yang dapat berupa kulit (skrotum) umbilikus atau organ-organ lain misalnya paru dan sebagainya ( Martini, 2011 )



**Gambar 2.1 Anatomi hernia Inguinalis**

Secara anatomi, anterior dinding perut terdiri atas otot-otot multilaminar, yang berhubungan dengan *aponeurosis*, fasia, lemak, dan kulit. Pada bagian lateral, terdapat tiga lapisan otot dengan fasia oblik yang berhubungan satu sama lain. Pada setiap otot terdapat tendon yang disebut

dengan aponeurosis. Otot *tranversus abdominis* adalah otot internal layeral dari otot-otot dinding perut dan merupakan lapisan dinding perut yang hernia inguinalis. Bagian kauda otot membentuk lengkungan *aponeurotik tranversus abdominis* sebagai tepi atas cincin inguinal internal dan di atas dasar medial kanalis inguinalis (Jufrie, 2018)

*Ligamentum inguinal* menghubungkan antara *tuberkulum* dan *spina iliaka anterior superior* (SIAS). *Kanalis inguinalis* dibatasi di *kraniolateral* oleh *anulus inguinalis internus* yang merupakan bagian terbuka dari *fasia transversalis* dan *aponeurosis muskulus tranversus abdominis*. Pada bagian medial bawah, di atas tuberkulum pubikum, kanal ini dibatasi oleh *anulus inguinalis eksternus*, bagian terbuka dari *aponeurosis muskulus obliquus eksternus*. Bagian atas terdapat *aponeurosis muskulus obliquus ekstrenus*, dan pada bagian bawah terdapat ligamen inguinalis. Secara fisiologis, terdapat beberapa mekanisme yang dapat mencegah terjadinya hernia inguinalis, yaitu kanalis inguinalis yang berjalan miring, adanya struktur dari muskulus obliquus internus abdominis yang menutup *anulus inguinalis internus* ketika berkontraksi, dan adanya fasia transversa yang kuat menutupi trigonum Hasselbach yang umumnya hampir tidak berotot. Pada kondisi patologis, gangguan pada mekanisme ini dapat menyebabkan terjadinya hernia inguinalis (Muttaqin, 2011)

### 2.1.5 Patofisiologi

Hernia terdiri dari 3 unsur yaitu kantong hernia yang terdiri dari peritonium, isi hernia yang biasanya terdiri dari usus, omentum, kadang berisi organ intraperitoneal lain atau organ ekstraperitoneal seperti ovarium, apendiks divertikel dan bulu-bulu. Unsur terakhir adalah struktur yang menutupi kantong hernia yang dapat berupa kulit (skrotum) umbilikus atau organ-organ lain misalnya paru dan sebagainya. Biasanya hernia pada orang dewasa ini terjadi karena usia lanjut, karena pada umur tua otot dinding rongga perut melemah. Sejalan dengan bertambahnya umur, organ dan jaringan tubuh mengalami proses degenerasi. Pada orang dewasa kanalis tersebut telah menutup. Namun karena daerah ini merupakan locus minoris resistance, maka pada keadaan yang menyebabkan tekanan intraabdominal meningkat seperti batuk kronik, bersin yang kuat, mengejan dan mengangkat barang-barang yang berat. Kanal yang sudah tertutup dapat terbuka kembali dan timbul hernia inguinalis lateralis karena terdorongnya sesuatu jaringan tubuh dan keluar (Sisila, 2021).

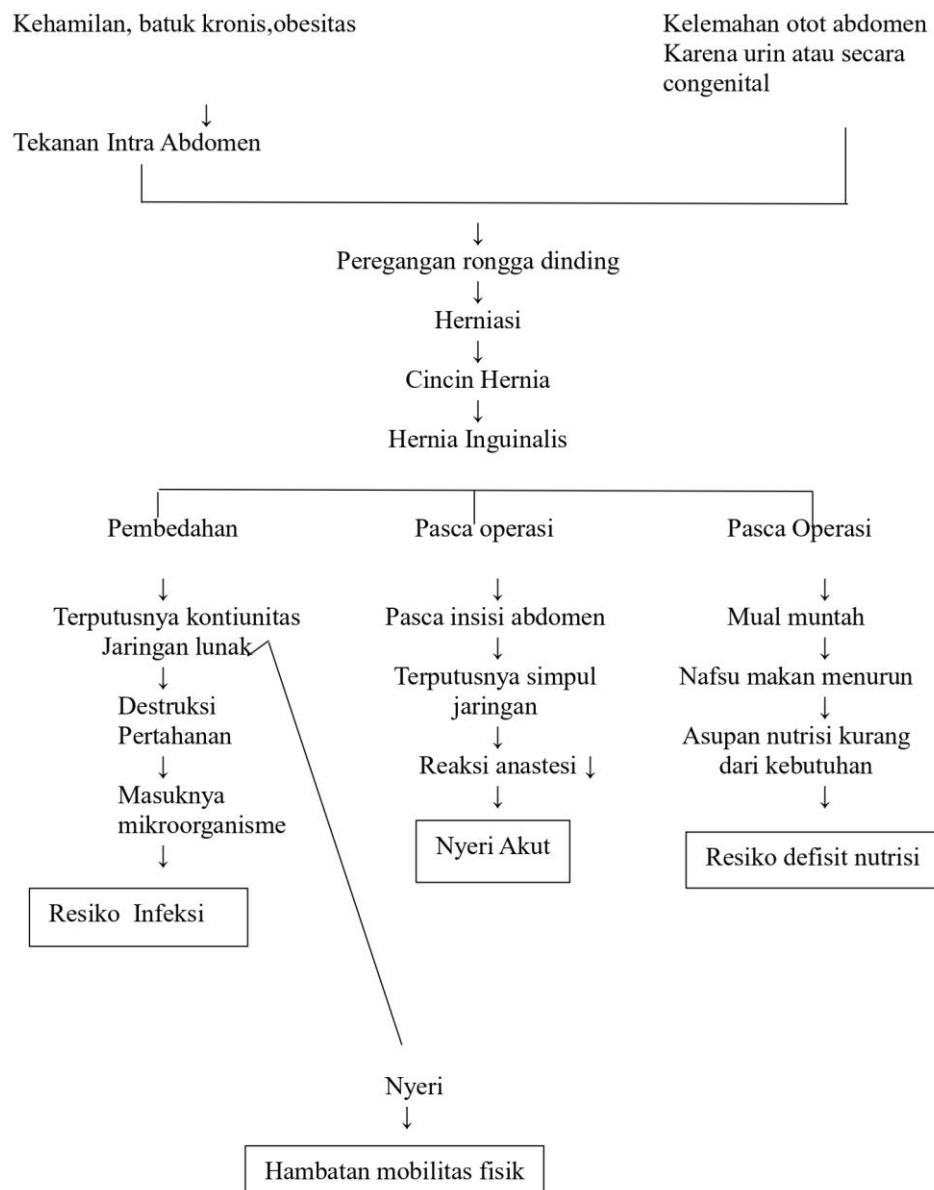
Terjadi penekanan terhadap cincin hernia, akibat semakin banyaknya usus yang masuk, cincin hernia menjadi sempit dan menimbulkan perut kembung , muntah, konstipasi. Bila inkarsera dibiarkan, akan menimbulkan edema sehingga terjadi penekanan pembuluh darah dan terjadi nekrosis. Komplikasi hernia tergantung pada keadaan yang dialami oleh isi hernia. Antara lain obstruksi usus sederhana hingga

perforasi usus yang akhirnya dapat menimbulkan abses local, peritonitis (Sisila, 2021).

Pada hernia inguinalis lateralis (indirek) lengkung usus keluar melalui kanalis inguinalis dan mengikuti kora spermatikus (pria) atau ligamen sekitar (wanita). Ini diakibatkan karena gagalnya prosesus vaginalis untuk menutup testis turun ke dalam skrotum atau fiksasi ovarium. Pada pertumbuhan janin (kira-kira 3 minggu) testis yang mula-mula terletak diatas mengalami penurunan (desensius) menuju ke skrotum. Pada waktu testis turun melewati iguinal sampai skrotum procesus vaginalis peritoneal yang terbuka dan berhubungan dengan rongga peritoneum mengalami obliterasi dan setelah testis sampai pada skrotum, prosesus vaginalis peritoneal seluruhnya tertutup (obliterasi). Bila ada gangguan obliterasi, maka seluruh prosesus vaginalis peritoneal terbuka, terjadilah hernia inguinal lateral. Hernia inguinalis lateral lebih sering didapatkan dibagian kanan (kira-kira 60%). Hal ini disebabkan karena proses desensus dan testis kanan lebih lambat dibandingkan dengan yang kiri (Sisila, 2021).

### 2.1.6 Pathway Hernia

**Bagan 2.1 Pathway Hernia Inguinalis**



Sumber : (Karunia, 2016)

### **2.1.7 Komplikasi**

Komplikasi yang terjadi pada hernia menurut (Kurniawati et al., 2021; Meliani & Dytho, 2022) meliputi :

1. Terjadi adhesi isi hernia dengan kantong hernia yang membuat isi hernia dengan kantong hernia tidak bisa masuk kembali
2. Terjadinya strangulasi pembuluh darah karena edema yang kemudian akan muncul hematoma
3. Nekrosis usus di karenakan adanya strangulasi pembuluh darah
4. Mengalami retensi urin
5. Pembengkakan pada area testis di karenakan atrofi testis

### **2.1.8 Pemeriksaan Penunjang**

Menurut (Mardiansyah, 2023), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan dengan pasien hernia adalah :

1. Pemeriksaan fisik
  - a. Inspeksi daerah inguinal dan femoral Suruh pasien memutar kepalanya kesamping dan batuk atau mengejan. Lakukan inspeksi daerah inguinal dan femoral untuk melihat timbulnya benjolan mendadak selama batuk, yang dapat menunjukkan hernia.
  - b. Palpasi daerah inguinal Di lakukan dengan meletakkan jari telunjuk kanan pemeriksa di dalam skrotum di atas stestis kiri dan menekan kulit skrotum ke dalam. Adapun pemeriksaan diagnosik yang bisa dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Foto ronsen spinal
  - b. Electromiografi, dapat menunjukkan lokasi lesi meliputi bagian saraf spinal.
  - c. Venogram epidural.
  - d. Fungsi lumbar functur, untuk mengetahui kondisi infeksi dan kondisi senebro spinal.
  - e. Tanda lesoque (tes dengan mengangkat kaki lurus ke atas).
  - f. CT Scan lumbosacral, dapat memperlihatkan letak disc protusion.
  - g. MRI, dapat memperlihatkan perubahan tulang dan jaringan lumbar divertebra serta herniasi.
  - h. Miyelogram atau sinar-X, dapat menunjukkan lokasi lesi untuk menegaskan pemeriksaan fisik sebelum pembedahan.
  - i. Epidural venogram untuk menunjukkan lokasi herniasi.
2. Pemeriksaan darah
    - a. Lekosi untuk melihat peningkatan jumlah lekosit mengindikasikan adanya infeksi.
    - b. Hemoglobin rendah dapat mengarah pada anemia atau kehilangan darah.
    - c. Hematokrit peningkatan hematokrit mengindikasikan dehidrasi.
    - d. Waktu koagulasi mungkin diperpanjang, mempengaruhi hemostasis intra operasi atau pasca operasi.

3. Urinalisis Blood urea nitrogen, creatinin, munculnya sdm atau bakteri mengindikasikan infeksi.
4. Elektrokardiogram Untuk mengetahui kondisi jantung.

### **2.1.9 Penatalaksanaan Hernia**

Menurut (Mardiansyah, 2023), penatalaksanaan yang diberikan pada hernia adalah sebagai berikut :

1. Penatalaksanaan post operasi
  - a. Post operasi perlu dilakukan drainase untuk mencegah terjadinya hematoma.
  - b. Pasien dibaringkan dengan posisi semi fowler (berbaring dengan lutut ditekuk) agar diding abdomen tidak tegang.
  - c. Diusahakan agar penderita tidak batuk atau menangis serta mengejan.
  - d. Dalam waktu I bulan jangan mengangkut barang yang berat.
  - e. Selama waktu 3 bulan tidak boleh melakukan kegiatan yang dapat menaikkan tekanan intra abdomen ( Lakukan pergerakan ROM).
  - f. Setelah dilakukannya tindakan pembedahan maka dilakukan perawatan luka dan penderita makan dengan diet tinggi kalori dan protein.
  - g. Terapi farmakologi

Terapi farmakologi dimulai dengan pemberian antacid (Mylanta, Maalox, Gaviscoo). Bila manifestasi berat dan menetap, klien diberikan antagonis reseptor histamine seperti ranitidine (Zantac) atau famotidin (Pepcid). Obat-obatan lain, Bethanchol (Urecholine) adalah obat koligernik yang meningkatkan sekresi asam lambung (harus diberikan sebelum makan). Metoklopramid (raglan) yang meningkatkan tekanan SEB dengan merangsang otot polos saluran gastrointestinal dan meningkatkan kecepatan pengosongan lambung.

h. Terapi non farmakologi

- Manajemen luka operasi
  - Edukasi pasien mengenai tanda-tanda infeksi (kemerahan, bengkak, nyeri bertambah, cairan bernanah) serta menjagaluka tetap bersih dan kering.
- Pemgunaan penyangga (opsional)
  - Biasanya dokter menganjurkan untuk memakai hernia belt atau support belt pasca operasi untuk mengurangi ketegangan diarea bekas operasi terutama pada hernia ventral besar, penggunaan ini harus sesuai arahan dokter dan tidak boleh terlalu ketat.
- Edukasi pencegahan kekambuhan

Edukasi pasien agar menghindari faktor risiko yang bisa memicu hernia lagi seperti obesitas, batuk kronik, kebiasaan mengejan, dan merokok.

- Mobilisasi dini

Pasien dianjurkan bangun dan bergerak ringan sesegera mungkin (biasanya dalam 24 jam), untuk mencegah trombosis vena dalam dan mempercepat pemulihan.

- Manajemen nyeri non farmakologi

Teknik relaksasi seperti napas dalam, genggam jari, TENS, akupuntur, distraksi (guided imagery), hipnosis, terapi dzikir. untuk mengurangi rasa nyeri atau kecemasan yang dirasakan pasien.

## 2.2 Konsep Nyeri

### 2.2.1 Definisi

Definisi nyeri terkini menurut *International Association For the study Of pain (IASP)* adalah sebagai suatu pengalaman sensorik dan emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan atau stimulus yang potensial menimbulkan kerusakan jaringan. Konsep lama menyatakan bahwa proses nyeri (*pain processing*) hanya bergantung pada jalur nyeri saja dan intensitas nyeri yang timbul hanya di pengaruhi besarnya stimulus yang di dapatkan.

Nyeri merupakan cara tumbuh untuk memberitahu kita bahwa terjadi sesuatu yang salah, nyeri sebagai suatu sistem alam merupakan sinyal yang memberitahukan kita untuk berhenti melakukan sesuatu yang mungkin menyakitkan kita, dengan cara ini melindungi kita dari keadaan yang berbahaya. Alasan ini nyeri seharusnya ditangani secara serius. Nyeri merupakan bentuk ketidaknyamanan yang dapat orang. Rasa nyeri dapat menjadi peringatan terhadap adanya ancaman yang bersifat aktual maupun potensial, namun nyeri bersifat subjektif dan sangat individual. Respon seseorang terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor jenis kelamin, budaya dan lain sebagainya (Yunita, 2022)

### **2.2.2 Klasifikasi nyeri**

#### **1. Nyeri akut**

Nyeri akut adalah nyeri yang biasanya berlangsung tidak lebih dari 6 bulan, awalnya gejalanya mendadak dan biasanya penyebab dan lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri akut merupakan pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang di gambarkan sebagai kerusakan awal yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (Yunita, 2022).

#### **2. Nyeri kronik**

Kronik adalah nyeri yang berlangsung lebih dari 6 bulan, nyeri tipe

ini sering kali tidak menunjukan abnormalitas baik secara fisik maupun indikator-indikator klinis lain seperti laboratorioium dan pencitraan. Keseimbangan kontribusi faktor fisik dan psikososial dapat berbeda-beda pada tiap individu dan menyebabkan respon emosional yang berbeda pula satu dengan yang lainnya. Dalam praktek klinis sehari-hari nyeri kronik dibagi menjadi nyeri kronik tipe maligna (arthritis kronik, nyeri neuropatik, nyeri kepala, dan nyeri punggung kronik) (Yunita, 2022).

### **2.2.3 Sifat nyeri**

Nyeri berifat subjektif dan individual. Nyeri adalah segala sesuatu tentang yang dikatakan seseorang tentang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja seseorang mengatakan nyeri. Ada 4 atribut pasti untuk pengalaman nyeri antara lain : nyeri bersifat individual, tidak menyenangkan, merupakan kekuatan yang mendominasi dan bersifat tidak berkesudahan (Yunita, 2022).

### **2.2.4 Batasan Karakteristik Nyeri**

Menurut Herman & Kamitsuru (2018) karakteristik nyeri sebagai berikut

1. Perubahan selera makan
2. Perubahan tekanan darah
3. Perubahan frekuensi jantung
4. Perubahan frekuensi pernafasan
5. Mengekspresikan perilaku ( misalnya gelisah, merengek,menangis)

6. Melaporkan nyeri secara verbal
7. Gangguan tidur

#### **2.2.5 Penilaian Respon Nyeri**

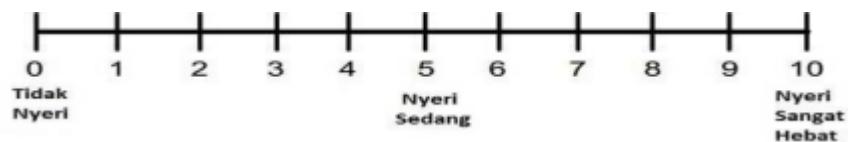
Hal yang perlu diingat dalam melakukan penilaian nyeri diantaranya adalah melakukan penilaian terhadap intensitas dan penentuan tipe nyeri sangat penting karena menyangkut jenis pengobatan yang sesuai yang sebaiknya diberikan terutama terapi farmakologis. Beberapa alat ukur yang sudah umum dipakai untuk mengukur intensitas nyeri adalah *Visual analogue scale* (VAS) atau *Numeric rating scale*(NRS) dan membedakan tipe nyeri antara lain adalah ID *Pain Score* dan *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms score* (LANSS) (Yunita, 2022).

- 1) Intensitas nyeri
- 2) Lokasi nyeri
- 3) Kualitas nyeri, penyebaran dan karakter nyeri
- 4) Faktor-faktor yang meningkatkan dan mengurangi nyeri.
- 5) Efek nyeri kehidupan sehari-hari
- 6) Regimen pengobatan yang sedang dan sudah diterima
- 7) Riwayat manajemen nyeri termasuk farmakoterapi, intervensi dan respon terapi
- 8) Adanya hambatan umum dalam pelaporan nyeri dan penggunaan analgesik.

Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan aktual maupun potensial, dan bersifat subjektif bagi setiap individu. Dalam asuhan keperawatan nyeri menjadi aspek penting yang harus dilakukan secara sistematis, karena nyeri dapat mempengaruhi kondisi fisiologis, psikologis, dan kualitas hidup pasien secara keseluruhan.

Untuk menilai tingkat nyeri secara objektif dalam konteks yang subjektif, diperlukan alat ukur yang mudah digunakan, dan mampu menggambarkan intensitas nyeri dengan akurat. Numeric rating scale (NRS) dipilih dalam pengkajian ini karena merupakan salah satu alat ukur nyeri yang paling sederhana, praktis, dan banyak digunakan dalam praktik klinis.

### *1. Numeric rating scale*



**Gambar 2. 2 Numeric rating scale**

Skala penilaian numerik (*Numerical Rating Scale*, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10:

1 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan

Secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.

4-6 : Nyeri sedang

Secara obyektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-9 : Nyeri berat

Secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi.

10 : Nyeri sangat berat. Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

### **2.2.6 Pengkajian Nyeri**

Menurut Tanjung (2015) pengkajian yang dapat dilakukan untuk mengkaji nyeri yaitu :

O (*Onset*) : Kapan nyeri muncul?, Berapa lama nyeri?, Berapa sering nyeri muncul?

- P (*Provoking*) : Apa yang menyebabkan nyeri?, Apa yang membuatnya berkurang?, apa yang membuat nyeri bertambah parah?
- Q (*Quality*) : Bagaimana rasa nyeri yang dirasakan? Bisakah digambarkan?
- R (*Region*) : Dimanakah lokasinya?, Apakah ,menyebar?
- S (*Severity*) : Berapa skala nyerinya? (dari 1-10)
- T (*Treatment*) : Pengobatan atau terapi apa yang digunakan?
- U (*Understanding*) : Apa yang anda percayai tentang penyebab nyeri ini?  
Apakah anda merasakan nyeri sebelumnya?, Jika iya apa maslahnya?
- V (*Values*) : Apa tujuan dari harapan untuk nyeri yang anda derita?

### **2.2.7 Penatalaksanaan Nyeri Akut**

#### **1. Manajemen nyeri farmakologi**

Management nyeri farmakologi dimana terapi menggunakan obat analgetik yang diberikan guna mengganggu atau memblok transmisi stimulus agar terjadi perubahan persepsi dengan cara mengurangi kortikal terhadap nyeri (Andarmayo, 2013).

#### **2. Manajemen nyeri non farmakologi**

Menurut Prasetyo (2010) management nyeri Nonfarmakologi dibagi menjadi :

a. Stimulasi kulit

Massase kulit memberikan efek penurunan kecemasan dan ketegangan otot. Rangsangan masase otot ini dipercaya akan merangsang serabut berdiameter besar, sehingga mampu memblok atau menurunkan impuls nyeri.

b. Stimulasi electric (TENS)

Cara kerja dari sistem ini masih belum jelas, salah satu pemikiran adalah cara ini bisa melepaskan endorfin, sehingga bisa memblok stimulasi nyeri. Bisa dilakukan massase, mandi air hangat, kompres dengan kantong es dan stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS/ transcutaneus electrical nerve stimulation). TENS merupakan stimulasi pada kulit dengan menggunakan aliran listrik ringan yang di hantarkan melalui elektroda luar.

c. Akupuntur

Akupuntur merupakan pengobatan yang sudah sejak lama digunakan untuk mengobati nyeri. Jarum-jarum kecil yang dimasukan pada kulit, bertujuan menyentuh titik-titik tertentu, tergantung lokasi nyeri, yang dapat memblok transmisi nyeri ke otak.

d. Relaksasi

Relaksasi otot rangka dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merelaksasikan ketegangan otot yang mendukung rasa nyeri. Teknik relaksasi mungkin perlu diajarkan beberapa kali agar mencapai hasil optimal. Dengan relaksasi pasien dapat mengubah persepsi terhadap nyeri.

e. Distraksi

Distraksi yang mencakup memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri, dapat menjadi strategi yang sangat berhasil dan mungkin merupakan mekanisme yang bertanggung jawab pada teknik kognitif lainnya (Imajinasi Terbimbing). Imajinasi terbimbing adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Jika imajinasi terpadu diharapkan agar efektif, dibutuhkan waktu yang banyak untuk menjelaskan tekniknya dan waktu untuk pasien mempraktekkannya.

f. Hipnosis

Hipnosis efektif dalam meredakan nyeri atau menurunkan jumlah analgesik yang dibutuhkan pada nyeri akut dan kronis. Teknik ini mungkin membantu dalam memberikan peredaan pada nyeri terutama dalam situasi sulit.

g. Terapi Dzikir

Jenis terapi dengan ritme yang teratur disertai sikap pasrah kepada objek transendensi yaitu Alloh (Yunita, 2022).

## 2.3 Konsep Terapi Guided Imagery

### 2.3.1 Definisi

*Guided imagery* adalah teknik yang menggunakan imajinasi seseorang dengan suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek tertentu. Teknik ini melibatkan konsentrasi pada relaksasi fisik. Saat pikiran rileks, maka fisik juga menjadi rileks, dengan menciptakan bayangan yang menyenangkan sehingga mengurangi keparahan nyeri. Dengan menggunakan bayangan yang hidup akan membantu kontrol nyeri lebih efektif (Rahmi, 2020).

Pada teknik ini menstimulasi otak melalui imajinasi dapat menimbulkan pengaruh langsung pada sistem syaraf, neuromodulator, endorphin dengan cara penghambatan impuls nyeri sehingga terjadi mekanisme pemutusan transmisi nyeri, sehingga nyeri yang dirasakan akan berkurang ataupun hilang (Rahmi, 2020).

### 2.3.2 Tujuan

Tujuan dari guided imagery yaitu menimbulkan respon psikofisiologis yang kuat seperti perubahan dalam fungsi imun. Menurut Smeltzer dan Bare (2002), manfaat dari guided imagery yaitu sebagai

intervensi perilaku untuk mengatasi kecemasan, stres dan nyeri. Imajinasi terbimbing dapat mengurangi tekanan dan berpengaruh terhadap proses fisiologi seperti menurunkan tekanan darah, nadi dan respirasi. Hal itu karena teknik imajinasi terbimbing dapat mengaktivasi sistem saraf parasimpatis(Adolph, 2016).

### 2.3.3 Manfaat

Manfaat terapi *Guided Imagery* adalah untuk membantu mengatasi nyeri, kecemasan dan stress, yang nanti pikiran pasien akan dipusatkan ke suatu hal atau kejadian yang menyenangkan. Adapun manfaat terapi Guided Imagery menurut (Handayani & Rahmayati, 2018) antara lain :

- 1) *Guided Imagery* bisa digunakan untuk metode mengurangi tingkat kecemasan dan nyeri yang sedang dialami pasien
- 2) Memberikan rasa nyaman pada pasien
- 3) Menurunkan tekanan darah tinggi dan gula darah
- 4) Mengurangi pusing karena sakit kepala
- 5) Mempercepat proses penyembuhan luka dan tulang
- 6) Memperlancar masalah pernafasan
- 7) Tidak ada efek samping sama sekali bagi pasien

### 2.3.4 Mekanisme

*Guided imagery* merupakan terapi yang dirancang berdasarkan teori *gate control* dimana impuls nyeri dapat diatur atau di hambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang system saraf pusat. Impuls nyeri

dihantarkan saat sebuah pertahanan ditutup, salah satu caranya dengan merangsang sekresi *endorphin* dimana disini dengan menggunakan terapi *guided imagery*. *Endorphin* merupakan substansi jenis morfin yang di suplai tubuh. Sehingga Ketika mendapat rangsangan yang mengganggu Sebagian jalur nyeri afren mengeluarkan substansi P. kemudian mengaktifkan jalur-jalur nyeri asendens yang memberi masukan berbagai bagian otak untuk merespon beragam aspek dari pengalaman nyeri tersebut. *Endorphin* yang dibebaskan dari jalur-jalur *analgesic* (Pereda nyeri) berikatan dengan serat nyeri aferen. Pengikatan ini dapat menghambat pelepasan substansi P sehingga transmisi impuls nyeri terhambat dan mampu menurunkan intensitas nyeri (Rahmi, 2020).

### **2.3.5 Indikasi**

Indikasi dari *guided imagery* adalah semua pasien yang sedang mengalami masalah gangguan pikiran negatif atau pikiran yang menyimpang dan menyebabkan perubahan perilaku pada pasien. Contohnya : stress, kecemasan, nyeri, dan lain-lain (Kholifah, 2017).

### **2.3.6 Kontraindikasi**

- 1) Gangguan psikosis atau gangguan presepsi realitas
- 2) Riwayat trauma berat atau Post traumatic stress disorder
- 3) Ketidaknyamanan atau penolakan terhadap metode

### **2.3.7 Kelebihan dan Kekurangan**

Menurut (Nurohman Dede, Abd Aziz, 2021), kelebihan dan kekurangan terapi guided imaghery sebagai berikut :

a. Kelebihan

1. Membantu Relaksasi dan Menurunkan Stres
2. Meningkatkan fokus dan konsentrasi
3. Mengurangi nyeri fisik dan ketidaknyamanan
4. Meningkatkan kesejahteraan psikologis
5. Aman, non-invasif, dan mudah diakses

b. Kekurangan

1. Tidak cocok untuk semua orang
2. Efektivitas dan bervariasi
3. Memerlukan latihan dan disiplin
4. Bukan pengganti obat medis

### **2.3.8 Waktu dan Durasi**

Waktu yang diperlukan untuk melakukan penerapan terapi *Guided Imagery* ialah 5-10 menit dalam 1x pemberian per hari.

### **2.3.9 Tema**

Tema yang dipilih pada terapi *Guided Imagery* ini ada dengan menggunakan teknik *Guided Walking Imagery*. Teknik ini telah di temukan oleh para psikolog. Dimana Pasien diminta untuk membayangkan pemandangan alam seperti pegunungan, lautan, padang rumput (Kholifah, 2017).

**Tabel 2.1 Standar Operasional Prosedur (SOP)**

<b>Standar Operasional Prosedur</b> <b>Pemberian Terapi Imajinasi Terbimbing (Guided Imagery)</b>	
Pengertian	<i>Guided Imagery</i> adalah teknik relaksasi yang bisa digunakan untuk mengurangi nyeri, dan digunakan dalam manajemen nyeri dengan membimbing klien pada imajinasinya masing-masing dan dibantu oleh perawat.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan rasa rileks dan nyaman</li> <li>2. Mengurangi tingkat nyeri</li> <li>3. Menurunkan stress</li> </ol>
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sound Speaker</li> <li>2. Instrumen musik relaksasi</li> <li>3. Lembar standar operasional prosedur (SOP) <i>Guided Imagery</i></li> <li>4. Lembar observasi</li> <li>5. Tempat tidur atau ruangan yang nyaman</li> </ol>
Persiapan Klien	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi klien</li> <li>2. Mengatur posisi pasien senyaman mungkin</li> <li>3. Memeriksa tingkat nyeri pasien</li> </ol>
Prosedur Pelaksanaan	<p><b>Tahap Orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baca status dan data pasien untuk memastikan tindakan yang akan dilakukan</li> <li>2. Cek alat yang digunakan</li> <li>3. Mengucapkan salam</li> <li>4. Memperkenalkan diri</li> <li>5. Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan pada pasien</li> <li>6. Menjelaskan tujuan tindakan</li> <li>7. Kaji faktor-faktor yang menjadi kontraindikasi dilakukannya Guided Imagery</li> <li>8. Berikan kesempatan pasien bertanya</li> <li>9. Tanyakan keluhan pasien saat ini</li> <li>10. Kaji skala nyeri &amp; TTV sebelum dilakukan tindakan guided imagery.</li> </ol> <p><b>Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atur tempat tidur pada posisi nyaman</li> </ol>

	<p>2. Tutup pintu atau gorden</p> <p>3. Anjurkan pasien untuk memilih posisi duduk atau tidur</p> <p>4. Bantu klien pada posisi yang nyaman</p> <p>5. Minta klien untuk menutup mata dan tarik nafas dalam sebanyak 3x</p> <p>6. Nyalakan musik instrumen relaksasi yang berisi <i>guided imagery</i> (aliran air)</p> <p>7. Instruksikan klien untuk mendengarkan musik terapi <i>guided imagery</i> melalui sound speaker yang telah disediakan dan kata-kata yang diucapkan oleh perawat</p>
Teks 1	<p>1) Pembukaan</p> <p>“Tarik napas dalam-dalam... dan hembuskan perlahan. Rasakan tubuhmu menjadi semakin ringan dengan setiap hembusan napas. Biarkan semua ketegangan mengalir keluar dari tubuhmu, dari ujung kepala hingga ke ujung kaki.”</p> <p>2) Mengarahkan Imajinasi</p> <p>“Sekarang, bayangkan dirimu berada di sebuah taman yang indah, udara yang sejuk, angin lembut menyentuh kulitmu. Disekitarmu, bunga-bunga bermekaran dengan warna-warna cerah dan harum yang menyenangkan”.</p> <p>3) Memperdalam Visualisasi</p> <p>“Dengarkan suara gemericik air dari sungau kecil di dekatmu. Rasakan betapa damai dan tenram suasana di sekelilingmu”.</p> <p>4) Menciptakan rasa positif</p> <p>“Dalam taman ini, kamu merasa sepenuhnya aman. Semua beban pikiranmu menghilang, digantikan oleh ketenangan dan kebahagiaan. Setiap napas membawa masuk energi positif dan membawa segala ketenangan”.</p> <p>5) Penutupan</p> <p>“Sekarang perlahan-lahan bawa kesadaranmu kembali ke ruangan ini. Rasakan tubuhmu di tempatmu duduk atau berbaring. Saat kamu siap, buka matamu, membawa ketenangan dan kekuatan baru bersamamu”.</p>
Teks 2	<p>Sekarang, anda rasakan sedang berada dipantai, dipantai yang sangat anda sukai. Pasir yang putih, air laut yang biru dan langit yang cerah. Anda mencium aroma khas pantai dan anda sangat menyukainya. Semilir angin sangat terasa, angin</p>

	<p>tersebut menyegarkan, sangat sejuk, anda juga merasakan pasir yang hangat... anda merasa senang, merasa rileks. Lalu anda mendekati air laut, berjalan terus mendekati air laut, anda bermain air laut tersebut, lalu anda lihat ketas warna langit sangat indah, cerah sekali, burung-burung berterbang dan suara-suara burung tersebut membuat anda semakin senang. Langit berubah warna pertanda senja, anda melihat langit dan anda melihat matahari tenggelam yang sangat indah, anda bahagia melihat sunset tersebut, anda merasakan tubuh anda sehat... sehat... dan sehat anda juga merasakan tubuh rileks... rileks... rileks...</p> <p>Pada hitungan ketiga anda bisa membuka mata, satu... dua... tiga...</p> <p>Teks 3</p> <p>Pada hari yang cerah rasakan kehangatan matahari, perlahan-lahan sekarang anda berjalan ke tepi jalan. Anda berada di sisi jalan dan ada parit kecil. Di jauhan ada aliran air yang kecil dari sungai, anda berjalan dan melihat pohon-pohon dikedua sisi sungai. Jika anda benar-benar santai sekarang anda hanya mungkin bahkan dapat mendengar angin karena dengan lembut melewati pohon-pohon. Daun gemerisik, dan ketika angin datang ke arah anda, ia membawa bau pepohonan yang alami. Terasa sangat dingin, bersih dan menyegarkan. Beberapa burung berputar atas dan datang meluncur dengan anggun. Burung tersebut menghampiri anda dengan suara siulan nya yang lembut, sehingga anda merasa senang dan badan anda menjadi rileks... rileks... dan rileks...</p> <p>Sekarang anda kembali berjalan disepanjang sungai lagi, berjalan kebawah melewati sungai naiki sisi selokan di samping jalan. Anda berdiri, sekali lagi anda merasakan hangatnya matahari . biarkan imajinasi memudar saat ini. Mulai merasakan tubuh anda berbaring kembali ke ruangan ini dan bawa ketenangan itu bersama mu. Dan buka mata anda secara perlahan dalam hitungan ketiga, satu... dua... tiga...</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Minta pasien untuk fokus pada ketika pasien membayangkan intruksi dari perawat</li> <li>9. Minta pasien untuk menikmati bayangan yang diciptakannya, minta pasien untuk fokus pada satu bayangan</li> <li>10. Jika pasien menunjukan kegelisahan atau tidak nyaman hentikan latihan</li> <li>11. Setelah kurang lebih 10 menit, minta pasien untuk tarik nafas dalam sebanyak 3x sambil mulai lah kembali ke kondisi sekarang atau mengakhiri <i>Guided imagery</i></li> <li>12. Minta pasien untuk membuka mata perlahan</li> <li>13. Bersihkan dan rapihkan alat</li> </ol>
--	--

	<p><b>Tahap Terminasi</b></p> <p><b>Evaluasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji kembali TTV, skala nyeri dengan lembar alat ukur</li> <li>2. Catat hal-hal yang terjadi selama latihan</li> <li>3. Beri reinforcemen untuk melakukan latihan mandiri ketika tidak didampingi oleh perawat</li> <li>4. Beri kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaanya setelah melakukan latihan</li> <li>5. Berikan pujian untuk latihan yang telah dilakukan akhir kegiatan dengan baik dan ucapan salam</li> </ol> <p><b>Dokumentasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencatat waktu pelaksanaan tindakan</li> <li>2. Mencatat respon pasien setelah diberikan tindakan</li> </ol>
--	---

(Afif, 2023)

## 2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian Keperawatan merupakan tahap awal dari proses asuhan keperawatan merupakan suatu proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Pengkajian Keperawatan adalah suatu dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis adalah yang sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien, sangat penting untuk merumuskan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Olfah & Ghofur, 2017).

### a. Pengkajian Identitas Klien

Identitas : Didalam identitas meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, no register, agama, tanggal masuk, tanggal pengkajian, diagnosa medis, dan penanggung jawab.

#### 1) Keluhan Utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus hernia adalah terasa nyeri. Nyeri tersebut adalah akut karena disebabkan oleh diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (grace, 2016).

#### 2) Riwayat Kesehatan

#### 3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari hernia, yang nantinya membantu dalam rencana tindakan terhadap klien. Ini bisa berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa ditentukan kekuatan yang terjadi dan bagian tubuh mana yang terkena. merasa ada benjolan di skrotum bagian kanan atau kiri dan kadang-kadang mengelil/menghilang. Bila menangis, batuk, mengangkat beban berat akan timbul benjolan lagi, timbul rasa nyeri pada benjolan dan timbul rasa kemeng disertai muntah-muntah. Akibat komplikasi terdapat shock, demam, asidosis

metabolik, abses, fistel, peritonitis. Pada pasien post operasi hernia juga akan merasakan nyeri dimana nyeri tersebut adalah akut karena disebabkan oleh diskontinuitas jaringan akibat tindakan pembedahan (Nurhastuti, 2019).

#### 4) Riwayat Penyakit Dahulu

Latar belakang kehidupan klien sebelum masuk rumah sakit yang menjadi faktor prediposisi seperti riwayat bekerja mengangkat benda-benda berat, riwayat penyakit menular atau penyakit keturunan, serta riwayat operasi sebelumnya pada daerah abdomen atau operasi hernia yang pernah dialami klien sebelumnya (Nurhastuti, 2019).

#### 5) Riwayat Kesehatan Keluarga

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

### b. Pemeriksaan Fisik

#### 1) Keadaan Umum

Keadaan klien pada penyakit hernia biasanya mengalami kelemahan serta tingkat kesadaran comatoses. Tanda vital pada umumnya stabil kecuali akan mengalami ketidakstabilan pada klien yang mengalami perforasi appendik.

#### 2) Sistem Pernafasan

Bentuk hidung simetris keaddan bersih tidak terdapat sekret, pergerakan dada simetris, irama nafas regular tetapi ketika nyeri timbul kemungkinan terjadi nafas yang pendek dan cepat, suara nafas vesikuler tidak ada tambahan seperti ronkhi dan *wheezing*.

### 3) Sistem Kardiovaskuler

Konjungtiva normal tidak terdapat sianosis, tidak ada peningkatan JVP, tidak ada clubbing,finger, CRT < 3 detik, peningkatan frekuensi dan irama denyut nadi karena nyeri, terdapat bunyi jantung pekak/redup, bunyi jantung tidak disertai suara tambahan, bunyi jantung normal S1 S2 tunggal lup dup.

### 4) Sistem Persyarafan

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

### 5) Sistem Perkemihan

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

*P= Provoking:* Merupakan hal-hal yang terjadi faktor presipitasi timbulnya nyeri, biasanya berupa trauma pada bagian tubuh yang menjalani prosedur pembedahan dan biasanya nyeri akan bertambah apabila berdiri, mengejan, batuk kronik dll.

*Q= Quality of pain:* seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, ditekan, ditusuk-tusuk, diremas.

*R= Region:* apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar dan dimana rasa sakit terjadi.

*S= Scale of pain :* biasanya Klien Hernia akan menilai sakit yang dialaminya dengan skala 5-7 dari skala pengukuran 1-10.

*T= Time:* merupakan lamanya nuyeri berlangsung, kapan muncul dan dalam kondisi seperti apa nyeri bertambah buruk (Muttaqin, 2018).

## 6) Sistem Pencernaan

Dikaji mulai dari mulut sampai anus, tidak ada asites pad pasien post-op biasanya sudah tidak ada benjolan pada abdomen, pada pasien post-op biasanya ada nyeri tekan. Terdapat suara tympani pada abdomen, Peristaltik usus 5-21x/menit.

## 7) 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).

c. Pengkajian Pola Fungsional (Data Fokus)

Pola pengkajian menurut Gordon, meliputi :

a. Pola Eliminasi

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

b. Personal Hygiene

Personal hygiene yaitu mencakup kebiasaan mandi, gosok gigi, mencuci rambut, mengganti kuku, dan mengganti pakaian.

c. Aktivitas

Pengkajian pada aspek ini yaitu meliputi : kegiatan yang biasanya dilakukan, apakah pasien mampu melakukan aktivitasnya secara mandiri atau membutuhkan bantuan. Pada pasien hernia inguinalis kemungkinan akan mengalami kelemahan yang dapat menyebabkan terganggunya aktivitas sehari-hari (Ridlo, 2022). Aktivitas berat yang menjadi salah satu faktor hernia inguinalis terjadi.

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. Presepsi Pemeliharaan Kesehatan

Aspek yang harus di kaji yaitu pemahaman pasien mengenai pola kesehatan dan cara penangananya. 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 Seksual dan reproduksi

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

j. Pola Koping dan Toleransi Stress

Mengkaji mengenai pola coping 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

## 2.4.2 Analisa Data

**Tabel 2.2 Analisa Data**

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	Ds : -  Do : - Tampak meringis - Gelisah - Sulit tidur - TTV meningkat - Skala nyeri meningkat	Hernia inguinalis ↓ Pasca operasi ↓ Pasca insisi ↓ Abdomen terputusnya simpil jaringan ↓ Reaksi anastesi ↓ ↓ Nyeri	Nyeri Akut
2.	Ds :-  Do : - Terdapat luka operasi di perut kanan bawah - Tampak kemerahan di area luka - Leukosit meningkat	Hernia inguinalis ↓ Pembedahan ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan lunak ↓ Dertruksi pertahanan ↓ Masuknya mikroorganisme ↓ Resiko tinggi infeksi	Resiko infeksi
3.	Ds : -  Do :	Hernia inguinalis ↓	Gangguan mobilitas fisik

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot menurun</li> <li>- Sendi kaku</li> <li>- Gerakan terbatas</li> <li>- Rentang gerak ROM menurun</li> </ul>	<p>Pembedahan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas</p> <p style="text-align: center;">jaringan lunak</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hambatan mobilitas fisik</p>	
4.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak nafsu makan</li> <li>- Klien mengatakan mual dan muntah</li> <li>- Klien mengatakan nyeri saat menelan</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lemah dan letih</li> <li>- Klien tampak makan hanya sedikit</li> <li>- Membran mukosa pucat</li> <li>- Reflek menelan dan mengunyah menurun</li> </ul>	<p>Hernia Inguinalis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Pasca operasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Reaksi anestesi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Mual muntah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nafsu makan ↓</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Asupan nutrisi kurang dari kebutuhan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Resiko defisit nutrisi</p>	Resiko defisit nutrisi

### 2.4.3 Diagnosa Keperawatan

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia ( SDKI ) (PPNI, 2017) Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan yang di alami baik secara actual maupun potensial. 15 Diagnosa yang sering muncul pada pasien hernia inguinalis antara lain : (Hamriyani, 2020)

#### 1. Nyeri Akut ( D .0077 )

a. Definisi : 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. Gejala dan Tanda Mayor

- Subjektif

- 1. Mengeluh nyeri

- Objektif

- 2. Tampak meringis

- 3. Bersikap produktif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)

- 4. Gelisah

- 5. Frekuensi nadi meningkat

- 6. Sulit tidur

c. Gejala dan Tanda minor

- Subjektif (tidak tersedia)
  - Objektif
    1. Tekanan darah meningkat
    2. Pola napas berubah
    3. Proses berpikir terganggu
    4. Nafsu makan berubah
    5. Menarik diri
    6. Berfokus pada diri sendiri
    7. Diaforesis
2. Resiko Infeksi ( D .0142 )
- a. Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.
  - b. Gejala dan Tanda Mayor (-)
  - c. Gejala dan Tanda Minor (-)
3. Gangguan Mobilitas Fisik ( D .0054 )
- a. Definisi : Keterbatasan dalamgerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.
  - b. Gejala dan Tanda Mayor
    - Subjektif
      1. Mengeluh sulit menggerakan ekstremitas
    - Objektif
      1. Kekuatan otot menurun

2. Rentang gerak (ROM) menurun
- c. 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. Resiko dedisit nutrisi ( D .0032 )
  - a. Definisi : Beresiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme
  - b. Gejala dan Tanda Mayor (-)
  - c. Gejala dan Tanda Minor (-)

### **2.4.3 Intervensi Keperawatan**

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

**Tabel 2.3 Intervensi SDKI (PPNI, 2017), SIKI (PPNI,2019),  
SLKI (PPNI,2018)**

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut (D.0077)	<p>Setelah diberikan Asuhan Keperawatan ... x 24 jam diharapkan nyeri menurun dan memenuhi kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Gelisah menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Kesulitan tidur menurun</li> </ul>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri, respon nyeri non verbal.</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, <b>guided imagery</b>, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain).</li> </ul>

			<p>2. Kontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>Anjurkan memonitor secara mandiri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></li> </ol>
2.	Resiko infeksi (D.0142)	<p>Setelah diberikan Asuhan Keperawatan ... x 24 jam di harapkan dapat memenuhi kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kebersihan badan meningkat</li> <li>Nyeri menurun</li> <li>Bengkak menurun</li> <li>Kemerahan menurun</li> </ol>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan siskemik</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Batasi jumlah pengunjung</li> <li>Berikan perawatan kulit pada area <i>oedema</i></li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>Anjurkan memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian imunisasi, <i>jika perlu</i></li> </ol>

3.	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	<p>Setelah diberikan Asuhan Keperawatan ... x 24 jam diharapkan dapat memenuhi kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Nyeri menurun</li> <li>3. Gerakan terbatas menurun</li> </ol>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>3. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk)</li> <li>2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>2. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda)</li> </ol>
4.	Resiko defisit nutrisi (D.0032)	<p>Setelah diberikan Asuhan Keperawatan ... x 24 jam diharapkan dapat memenuhi kriteria hasil:</p>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor asupan dan keluaranya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p>

		<p>1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat</p> <p>2. Frekuensi makan meningkat</p> <p>3. Nafsu makan meningkat</p> <p>Perasaan cepat kenyang menurun</p>	<p>1. Timbang berat badan secara rutin</p> <p>2. Dampingi ke kamar mandi untuk pengamatan perilaku memuntahkan kembali makanan</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (mis. Pengeluaran yg di sengaja, muntah, aktivitas berlebihan)</p> <p>2. Ajarkan pengaturan diet yang tepat</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan.</p>
--	--	---	---

#### 2.4.4 Implementasi Keperawatan

Dalam Asuhan Keperawatan implementasi ialah tahap untuk merelisasikan keperawatan yang sudah ditetapkan dengan tujuan memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Kegiatan yang dilakukan yaitu pengumpulan data berkelanjutan, mengobeservasi

respon berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama sebelum dan sesudah diberikan tindakan ( M. Pebriana, 2022)

Perawat melaksanakan tindakan keperawatan untuk intervensi yang telah disusun pada tahap perencanaan dan mengakhiri tahap implementasi dengan mendokumentasikan tindakan keperawatan serta respon klien terhadap tindakan keperawatan merupakan perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (DPP PPNI, 2018a)

Adapun implementasi yang di terapkan pada pasien pot operasi hernia inguinalis untuk menurunkan intensitas nyeri yaitu salah satunya dengan cara teknik *guided imagery* yang dilakukan  $\geq 3$  hari dengan waktu 5-10 menit dalam 1 kali pemberian per hari.

#### **2.4.5 Evaluasi**

Evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses asuhan keperawatan. Tujuan evaluasi ialah untuk menilai apakah rencana dan implementasi keperawatan yang di berikan kepada pasien tercapai atau tidak. Evaluasi ini melibatkan klien, perawat, serta anggota tim medis lainnya . Evaluasi terbagi menjadi dua yaitu evaluasi proses atau formatif yang digunakan setiap selesai memberikan tindakan kepada klien dan evaluasi hasil atau sumatif

yaitu dilakukan dengan membandingkan respon klien kepada tujuan khusus dan tujuan umum yang telah ditentukan (Muttaqin, 2018).

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, Perencanaan) sebagai pola pikirnya :

S : Respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

O : Respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : Analisis ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah teratasi, masalah teratasi sebagian, masalah tidak teratasi atau muncul masalah baru.

P : Planing berisi rencana atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien.

- 1) Perencanaan keperawatan yang akan anda lanjutkan, anda hentikan, anda modifikasi, atau anda tambahkan dari rencana tindakan keperawatan
- 2) Tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang umumnya dihentikan
- 3) Tindakan yang perlu dilakukan adalah tindakan kompeten untuk menyelesaikan masalah klien dan membutuhkan waktu untuk mencapai keberhasilan.

Tindakan yang perlu dimodifikasi adalah tindakan yang dirasa dapat membantu menyelesaikan masalah klien (Budiono, 2020)

Adapun hasil evaluasi yang dilakukan peneliti pada penerapan teknik *guided imagery* untuk menurunkan intensitas nyeri dalam asuhan keperawatan pada pasien post operasi hernia inguinalis ini diharapkan dapat membantu proses penyembuhan dalam menurunkan intensitas nyeri selain itu, pasien dan keluarga dapat mengetahui teknik *guided imagery* serta manfaat dan dapat menpraktekan teknik ini secara mandiri.