

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

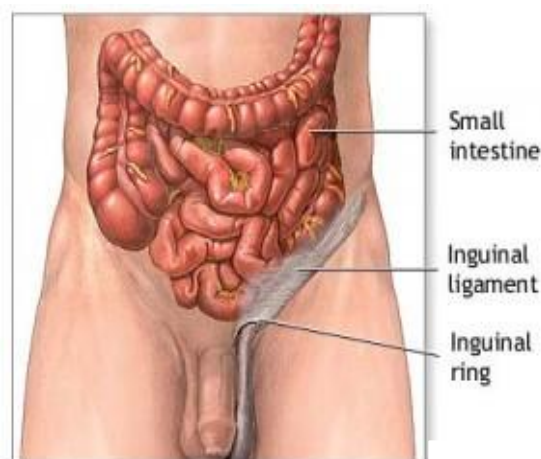
2.1 Konsep Penyakit Hernia

2.1.1 Pengertian

Pengertian Hernia merupakan kondisi di mana organ atau jaringan tubuh menonjol keluar melalui celah abnormal pada dinding abdomen akibat adanya kelemahan struktur aponeurosis atau fascia yang tidak ditopang oleh otot. Secara klinis, hernia paling sering ditemukan di area inguinal, femoral, umbilikal, serta pada lokasi bekas sayatan pembedahan sebelumnya (Yusmaidi et al., 2021).

Sementara itu, hernia inguinalis adalah kondisi ketika sebagian peritoneum yang mengandung viscera abdomen menonjol ke jaringan subkutan melalui kanalis inguinalis, baik secara langsung maupun tidak langsung. Penyakit ini bersifat multifaktorial dan dapat dialami oleh semua kelompok usia dan jenis kelamin. Namun, prevalensinya lebih tinggi pada laki-laki dan kelompok usia lanjut, dengan sekitar sepertiga pria berisiko mengalami hernia inguinalis selama hidupnya (Putri et al., 2023).

2.1.2 Etiologi



Gambar 2. 1 Gambar Hernia Inguinalis

Hernia inguinalis terjadi akibat penonjolan organ perut melalui regio inguinalis, yang dapat disebabkan oleh faktor bawaan maupun didapat. Faktor penyebab umumnya dibagi menjadi dua kategori: internal dan eksternal.

Faktor internal meliputi usia lanjut, jenis kelamin laki-laki, adanya prosesus vaginalis paten, gangguan jaringan ikat, indeks massa tubuh (IMT) rendah, dan penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) disertai batuk terus-menerus. Di sisi lain, faktor eksternal berkaitan dengan kondisi yang meningkatkan tekanan intraabdomen, seperti mengangkat benda berat atau mengejan (Aritiah et al., 2024).

Risiko terkena hernia inguinalis diperkirakan sekitar 27% pada pria dan 3% pada wanita. Penuaan merupakan penyebab utama akibat menurunnya elastisitas jaringan akibat perubahan hormonal, terutama hormon seks, yang berperan dalam menjaga kekuatan jaringan di sekitar kanalis inguinalis. Berdasarkan anatomi dan patofisiologi, hernia inguinalis dibagi menjadi dua jenis: hernia inguinalis indirek dan hernia inguinalis direk. Hernia inguinalis indirek umumnya terjadi pada bayi dan anak-anak, sedangkan hernia direk lebih umum terjadi pada orang dewasa (Aritiah et al., 2024).

Kelemahan pada dinding perut dapat terjadi akibat peningkatan tekanan intraabdomen yang dipicu oleh aktivitas berat, mengejan, atau batuk kronis. Lebih lanjut, gangguan jaringan ikat berkontribusi melalui perubahan struktur dan rasio serat kolagen tipe I dan tipe III. Penurunan kualitas kolagen melemahkan dinding otot perut, sehingga meningkatkan kemungkinan herniasi. Faktor-faktor lain seperti usia lanjut, jenis kelamin laki-laki, IMT rendah, dan merokok juga meningkatkan risiko hernia inguinalis, terutama hernia direk (Aritiah et al., 2024).

2.1.3 Patofisiologi

Hernia memiliki tiga komponen utama: kantung hernia, isi hernia, dan struktur penutup kantung hernia. Kantung hernia terbentuk dari peritoneum, sedangkan isinya dapat berupa

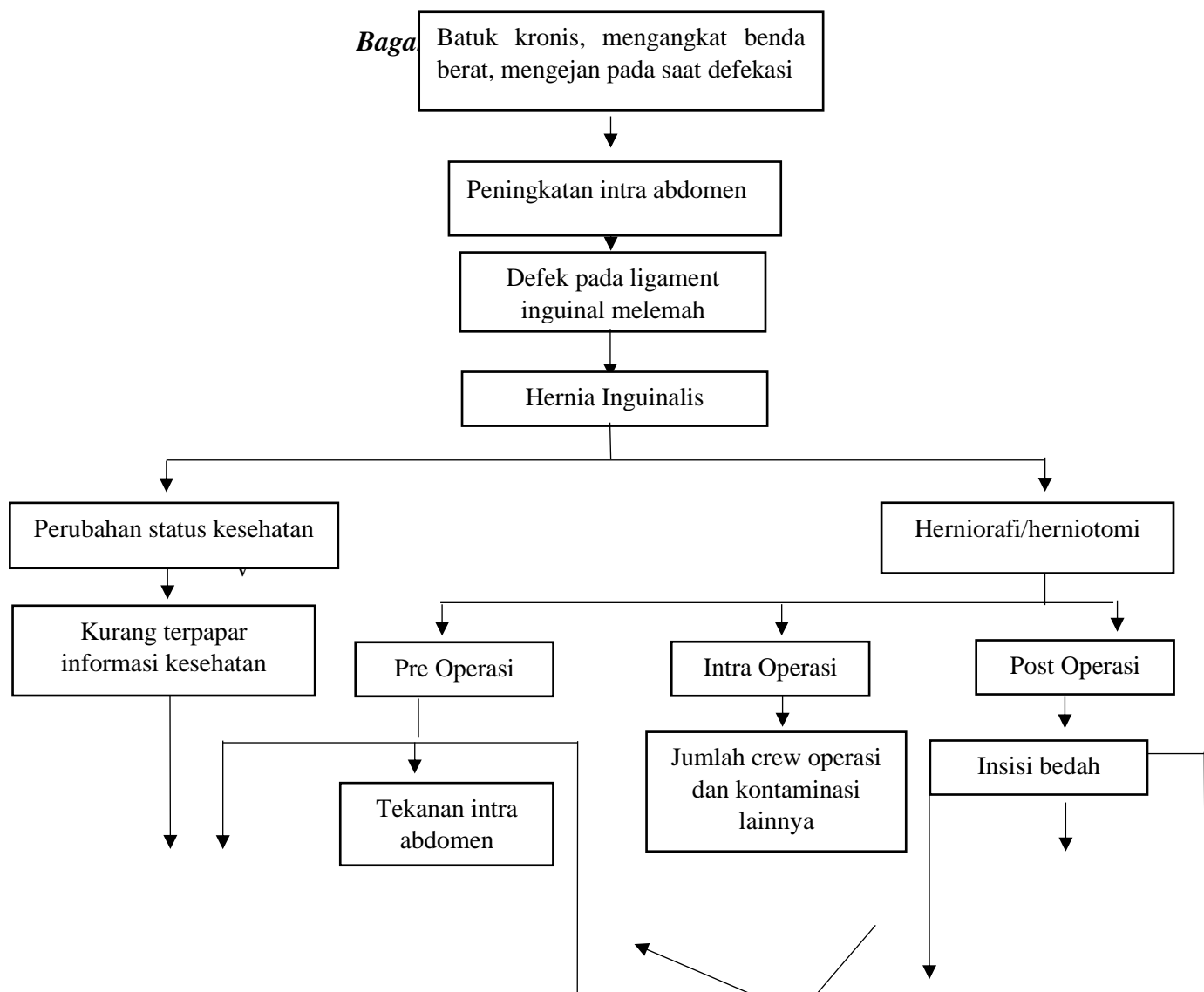
usus, omentum, atau organ intraperitoneal lainnya seperti ovarium dan apendiks. Struktur penutupnya dapat berupa kulit (seperti pada skrotum), umbilikus, atau jaringan di sekitarnya (Putri sisila, 2021).

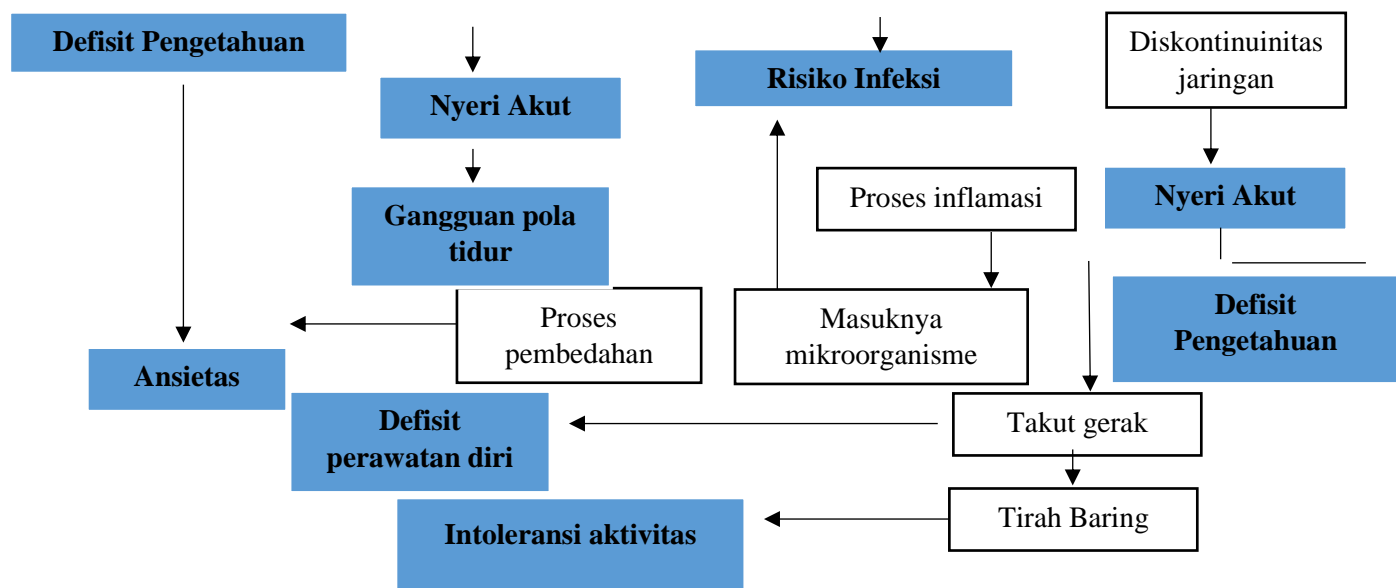
Pada orang dewasa, hernia biasanya terjadi akibat proses degeneratif yang menyebabkan kelemahan otot dinding perut. Meskipun kanalis inguinalis biasanya menutup, area ini, yang dikenal sebagai lokus minoris resistentiae (titik lemah), rentan terhadap tekanan intra-abdomen yang tinggi, misalnya, akibat batuk, bersin, atau mengangkat benda berat. Tekanan ini mendorong jaringan perut keluar melalui kanalis inguinalis, membentuk hernia inguinalis lateralis (Putri sisila, 2021).

Peningkatan jumlah usus di dalam kantung hernia dapat menekan cincin hernia, menyebabkan nyeri, kembung, mual, dan konstipasi. Jika kondisi ini berlanjut tanpa pengobatan, edema dapat berkembang, menekan pembuluh darah, dan menyebabkan iskemia serta nekrosis jaringan. Komplikasi serius seperti obstruksi usus, perforasi, abses, dan bahkan peritonitis dapat terjadi jika hernia strangulata tidak segera ditangani (Putri sisila, 2021).

Pada kasus hernia inguinalis lateral (tidak langsung), usus menonjol melalui kanalis inguinalis dan korda spermatika pada pria atau melalui ligamen pada wanita. Hal ini umumnya disebabkan oleh kegagalan prosesus vaginalis untuk obliterasi setelah testis turun. Jika obliterasi tidak tuntas, prosesus vaginalis tetap terbuka, memungkinkan isi perut masuk. Jenis hernia ini lebih umum terjadi di sisi kanan tubuh (sekitar 60%) karena testis kanan biasanya turun lebih lambat daripada kiri (Putri sisila, 2021).

pern





Sumber: (Yuliana, 2023)

2.1.4 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala hernia inguinalis menurut (Mardiansyah, 2023) diantaranya yaitu:

1. Benjolan di selangkangan yang muncul saat berdiri, batuk, atau mengejan.
2. Jika isi hernia terperangkap (inkarserata), pasien akan mengalami nyeri dan mual di area tersebut.
3. Pada hernia strangulata, nyeri menjadi lebih hebat, dan kulit di atas benjolan tampak merah dan panas, yang menandakan adanya peradangan dan gangguan vaskularisasi.

2.1.5 Komplikasi

Menurut (Yeni, 2019), beberapa komplikasi hernia meliputi:

1. Hernia inguinalis, suatu kondisi di mana isi hernia melekat pada dinding kantung hernia dan tidak dapat kembali ke rongga peritoneum. Meskipun tidak menyebabkan obstruksi usus, kondisi ini berisiko menimbulkan komplikasi lebih lanjut.
2. Omentum merupakan isi hernia yang paling umum menyebabkan hernia inguinalis karena mudah melekat dan membesar akibat infiltrasi lemak. Lebih lanjut, usus besar juga merupakan penyebab umum ketidakpatuhan.

3. Hernia strangulata, komplikasi serius yang disebabkan oleh kompresi usus di dalam kantung hernia, menyebabkan gangguan aliran darah, iskemia, dan akhirnya nekrosis jaringan. Kondisi ini merupakan kegawatdaruratan bedah.

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Yuliana, 2023), pemeriksaan untuk kasus hernia meliputi:

- a. Tes darah umum, untuk memeriksa peningkatan leukosit dan ketidakseimbangan elektrolit.
- b. Ultrasonografi inguinal (USG), untuk membantu membedakan antara massa jaringan dan hernia serta menentukan sifatnya.
- c. Urinalisis, digunakan untuk menyingkirkan penyebab nyeri genitourinari..
- d. Rontgen abdomen, yang mungkin menunjukkan gas atau tanda-tanda obstruksi usus.

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut (Hidayah, 2019) penatalaksanaan hernia inguinalis dibagi menjadi dua kategori yaitu:

- 1) Secara konservatif
 - a. Reduksi manual: dilakukan dengan mendorong isi hernia secara perlahan ke arah cincin hernia hingga berhasil didorong kembali ke dalam rongga perut.
 - b. Truss: digunakan untuk mencegah isi hernia menonjol, tetapi bukan merupakan penyembuhan dan harus dipakai seumur hidup.
- 2) Secara operatif
 - a. Herniotomi: : Mengisi dan mengikat kantung hernia di leher kemudian direposisi kantong hernia dijahit-ikat setinggi mungkin lalu dipotong.

- b. Hernio plastic : Memperkuat dinding posterior kanalis inguinalis dengan jaringan atau bahan sintetis.
- c. Hernioraphy : Menjahit defek jaringan atau memperkuat dinding yang melemah di sekitar hernia.

Perawatan pasca operasi meliputi:

- 1) Pemasangan drainase untuk mencegah hematoma.
- 2) Posisi semi-Fowler untuk mengurangi ketegangan pada dinding perut.
- 3) Menghindari batuk, mengejan, atau mengangkat benda berat selama pemulihan.
- 4) Mempertahankan diet tinggi kalori dan tinggi protein untuk mempercepat penyembuhan luka.
- 5) Setelah dilakukannya tindakan pembedahan maka dilakukan perawatan luka.

a. Terapi farmakologi

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

b. Terapi non-farmakologi

Selain itu, perawatan non-farmakologis bertujuan untuk mempercepat pemulihan dan meningkatkan kenyamanan pasien, seperti diet, aktivitas fisik, manajemen nyeri, dan dukungan psikologis.

Teknik relaksasi, termasuk Teknik Relaksasi Benson, dapat membantu mengurangi nyeri pascaoperasi dengan menstimulasi sistem saraf parasimpatis dan meningkatkan produksi endorfin, yang bertindak sebagai analgesik alami.

2.2 Konsep Dasar Nyeri

2.2.1 Teori nyeri

Nyeri merupakan pengalaman subjektif yang hanya dapat dijelaskan secara akurat oleh individu yang mengalaminya, karena setiap orang memiliki persepsi dan toleransi yang berbeda terhadap nyeri (Hidayat Aziz, 2015). Nyeri digambarkan sebagai sensasi sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan, baik yang sudah ada maupun yang potensial (Meliala et al., 2017).

Menurut *Asosiasi Internasional untuk Studi Nyeri (IASP)*, nyeri merupakan fenomena kompleks yang melibatkan aspek fisiologis, psikologis, dan emosional. Nyeri bukan hanya reaksi terhadap rangsangan fisik, tetapi juga mencerminkan keadaan emosional seseorang. Dalam konteks pelayanan kesehatan, nyeri seringkali menjadi alasan utama untuk mencari pertolongan medis. Oleh karena itu, kenyamanan pasien harus menjadi prioritas utama dalam perawatan (Siti Cholifah et al., 2020).

Berdasarkan berbagai definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa nyeri merupakan pengalaman subjektif multidimensi, yang mencakup aspek sensorik, emosional, dan perilaku. Nyeri dapat diamati melalui respons verbal dan nonverbal terhadap ketidaknyamanan yang dialami.

2.2.2 Fisiologis nyeri

Mekanisme pembentukan nyeri berkaitan erat dengan keberadaan reseptor dan stimulus nyeri yang memicu aktivasi sistem saraf. Reseptor nyeri, atau nosiseptor, adalah ujung saraf bebas dengan sedikit atau tanpa myelin dan tersebar di kulit, mukosa, dan organ dalam seperti visera, sendi, dinding arteri, hati, dan kandung empedu. Ketika jaringan tubuh rusak, reseptor

nyeri teraktivasi dan menstimulasi serabut saraf aferen, yaitu serabut A-delta dan serabut C. Serabut A-delta bermielin memungkinkan transmisi impuls nyeri yang cepat, menghasilkan sensasi nyeri yang tajam dan terlokalisasi dengan baik. Sebaliknya, serabut C yang tidak bermielin mentransmisikan impuls secara lambat, menghasilkan nyeri tumpul dan persisten yang sulit dilokalisasi (Meliala Adelyna et al., 2017).

Ketika serabut A-delta dan C menghantarkan impuls dari perifer ke sumsum tulang belakang, mediator biokimia seperti ion kalium dan prostaglandin dilepaskan sebagai respons terhadap kerusakan jaringan. Impuls nyeri kemudian ditransmisikan ke kornu dorsalis medula spinalis, tempat neurotransmitter seperti substansi P berperan dalam proses sinaptik yang mengirimkan sinyal nyeri ke traktus spinoletalamus dan kemudian ke pusat pemrosesan nyeri di thalamus (Meliala Adelyna et al., 2017).

2.2.3 Klasifikasi nyeri

Secara umum klasifikasi nyeri dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis:

1. Nyeri Akut

Nyeri akut terjadi secara tiba-tiba dan biasanya berkaitan dengan cedera jaringan tertentu. Kondisi ini merupakan respons biologis tubuh terhadap kerusakan jaringan, misalnya setelah operasi atau trauma. Nyeri akut umumnya bersifat sementara dan akan mereda setelah penyembuhan jaringan terjadi. Durasi nyeri akut biasanya kurang dari enam bulan, seringkali hanya beberapa minggu atau hari, tergantung penyebabnya (de Boer M.J, Versteegen G.J, 2018).

2. Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah nyeri yang berlangsung lama, baik konstan maupun intermiten. Nyeri ini seringkali tidak dapat dikaitkan secara langsung dengan cedera atau penyakit tertentu dan dapat menetap bahkan setelah penyembuhan selesai. Secara umum, nyeri

dikategorikan kronis jika berlangsung lebih dari enam bulan. Nyeri kronis dapat memiliki dampak fisiologis dan psikologis yang signifikan pada individu, termasuk penurunan kualitas hidup (de Boer M.J, Versteegen G.J, 2018).

2.2.4 Respon tubuh terhadap nyeri

Respons terhadap nyeri merupakan hasil interaksi antara faktor fisiologis dan perilaku individu. Setiap orang memiliki karakteristik yang berbeda dalam mengekspresikan nyeri, baik melalui reaksi tubuh maupun perilaku (de Boer M.J, Versteegen G.J, 2018).

1. Respons Fisiologi

Perubahan fisiologis seringkali merupakan indikator yang lebih akurat akan keberadaan nyeri dibandingkan laporan verbal pasien, terutama pada individu yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif, seperti pasien yang tidak sadar. Respons fisiologis terhadap nyeri melibatkan aktivasi sistem saraf simpatik (de Boer M.J, Versteegen G.J, 2018).

Tabel 2. 1 Reaksi Fisiologis Terhadap Nyeri

Respons	Penyebab atau Efek
STIMULASI SIMPATIK	
Dilatasi saluran bronkiolus dan peningkatan frekuensi pernapasan	Menyebabkan peningkatan asupan oksigen
Peningkatan jantung frekuensi denyut	Meningkatkan tekanan darah disertai perpindahan suplai darah dari perifer dan visera ke otot-otot skelet dan otak
Vasokonstriksi perifer (pucat, peningkatan tekanan darah)	Menghasilkan energi tambahan
Peningkatan kadar glukosa darah Diaforesis	Mengontrol temperatur tubuh selama stress
Peningkatan ketegangan otot	Mempersiapkan otot melakukan aksi
Dilatasi pupil	Memungkinkan penglihatan yang lebih baik

Penurunan motilitas saluran cerna	Membebaskan energi untuk melakukan aktivitas dengan lebih cepat
-----------------------------------	---

STIMULASI PARASIMPATIK

Pucat	Menyebabkan suplai darah berpindah dari perifer
Ketegangan otot	Akibat kelelahan
Penurunan denyut jantung dan tekanan darah	Akibat stimulasi vegal
Pernapasan yang cepat dan tidak teratur	Menyebabkan pertahanan tubuh gagal akibat stress nyeri yang terlalu lama
Mual dan muntah	Mengembalikan fungsi saluran cerna
Kelemahan atau kelelahan	Akibat pengeluaran energi fisik

Sumber:(Meliala Adelyna et al., 2017)

2. Respons Perilaku

Respon perilaku yang ditunjukkan oleh pasien sangat bervariasi mencakup pernyataan verbal, perilaku vokal, ekspresi wajah, gerakan tubuh, kontak fisik dengan orang lain atau perubahan respon terhadap lingkungan (Meliala Adelyna et al., 2017). Respon perilaku dapat dilihat pada berikut ini:

Tabel 2. 2 Respon Perilaku Nyeri pada Klien

Sumber : (Potter & Perry, 2017)

2.2.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi

Nyeri merupakan fenomena kompleks yang dipengaruhi oleh berbagai faktor biologis, psikologis, sosial, dan budaya. Menurut (Smeltzer, S. C., & Bare, 2015), beberapa variabel dapat memengaruhi persepsi dan respons seseorang terhadap nyeri, antara lain:

1. Usia

Usia merupakan faktor penting dalam persepsi nyeri. Anak-anak seringkali kesulitan menjelaskan atau mengidentifikasi nyeri mereka, sementara pada lansia, sensitivitas terhadap nyeri dapat menurun akibat perubahan fisiologis dan degeneratif pada sistem saraf.

2. Budaya

Respon Perilaku Nyeri pada Klien		Nilai dan
Vokalisasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengaduh 2. Menangis 3. Sesak napas 4. Mendengkur 	norma
Eksplorasi wajah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meringis 2. Menggertakkan gigi 3. Mengerutkan dahi 4. Menutup mata atau mulut dengan rapat atau membuka mata atau mulut dengan lebar 5. Menggigit bibir 	budaya
Gerakan tubuh	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gelisah 2. Imobilisasi 3. Ketegangan otot 4. Peningkatan gerakan jari dan tangan 5. Aktivitas melangkah yang tanggal ketika berlari atau berjalan 6. Gerakan ritmik atau gerakan menggosok 7. Gerakan melindungi bagian tubuh 	
Interaksi sosial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menghindari percakapan 2. Fokus hanya pada aktivitas untuk menghilangkan nyeri 3. Menghindari kontak sosial 4. Penurunan rentang perhatian 	

memengaruhi cara seseorang mempersepsi dan merespons nyeri. Dalam beberapa

budaya, menahan nyeri dianggap sebagai tanda kekuatan, sementara yang lain mungkin lebih terbuka dalam mengungkapkannya.

3. Ansietas

Kecemasan dapat memperkuat persepsi nyeri. Hubungan antara rasa takut dan nyeri dijelaskan oleh aktivasi sistem limbik, pusat emosi di otak yang memengaruhi persepsi nyeri. Semakin tinggi tingkat kecemasan, semakin intens sensasi nyeri yang dialami seseorang.

4. Pengalaman

Pengalaman nyeri sebelumnya juga menentukan bagaimana seseorang menangani nyeri selanjutnya. Individu yang berhasil mengelola nyeri lebih siap menghadapi situasi serupa, sementara mereka yang pernah mengalami pengalaman negatif cenderung mengalami peningkatan kecemasan dan persepsi nyeri.

5. Efek Plasebo

Keyakinan seseorang terhadap efektivitas terapi juga dapat memengaruhi persepsi nyeri. Ketika seseorang yakin bahwa suatu pengobatan atau pengobatan akan memberikan efek positif, tubuh dapat merespons dengan menghasilkan perubahan fisiologis nyata yang mengurangi nyeri.

2.2.6 Pengkajian nyeri

Penilaian nyeri bertujuan untuk memahami secara komprehensif karakteristik dan pola nyeri yang dialami pasien. Salah satu pendekatan yang sering digunakan adalah metode PQRST, yang membantu pasien mengekspresikan pengalaman nyeri mereka secara sistematis. Penjelasannya adalah sebagai berikut:

1. *Provokes/palliates (P)*

Menjelaskan faktor-faktor yang memicu dan meredakan nyeri. Perawat perlu mengajukan pertanyaan seperti apa yang menyebabkan nyeri, apa yang memperburuk

atau meredakan nyeri, dan apakah posisi tubuh, aktivitas, atau kondisi tertentu seperti stres memengaruhi nyeri (Wahid, 2023).

2. *Quality (Q)*

Kualitas nyeri menggambarkan sensasi subjektif yang dialami pasien. Perawat dapat membantu pasien menggambarkan karakteristik nyeri, seperti tajam, tumpul, berdenyut, terbakar, remuk, atau menusuk (Wahid, 2023).

3. *Region (R)*

Bagian ini menilai lokasi dan penyebaran nyeri. Perawat dapat menanyakan di mana nyeri dirasakan, apakah menjalar ke bagian tubuh lain, dan ke arah mana nyeri menjalar. Penilaian ini membantu menentukan kemungkinan sumber nyeri dan jalur saraf yang terlibat (Wahid, 2023).

4. *Severity (S)*

Menilai tingkat keparahan nyeri pasien. Biasanya, skala penilaian 0–10 digunakan, dengan 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan 10 menunjukkan nyeri paling parah. Pengukuran ini penting untuk membedakan antara nyeri ringan, sedang, dan berat (Wahid, 2023).

5. *Time (T)*

Nilai kapan nyeri mulai, berapa lama berlangsung, dan apakah nyeri tersebut konstan atau intermiten. Pertanyaan seperti "Kapan nyeri mulai?" dan "Berapa lama nyeri berlangsung?" membantu menentukan pola nyeri dan hubungannya dengan aktivitas atau kondisi tertentu (Wahid, 2023).

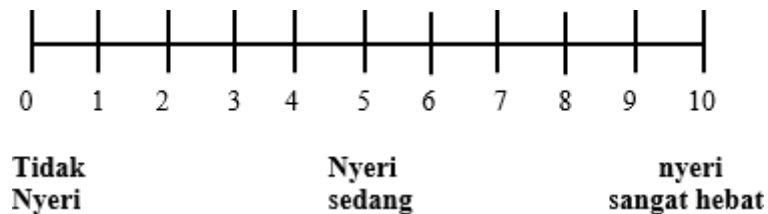
2.2.7 Pengukuran Respon Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri mencerminkan seberapa intens seseorang merasakan nyeri dan sangat subjektif, karena setiap orang memiliki ambang batas toleransi nyeri yang berbeda (Andarmoyo, 2013).

Dalam penelitian ini, pengukuran skala nyeri yang di gunakan untuk menilai keparahan nyeri, yaitu :

1. Skala Penilaian Numerik/*Numeric Rating Scale* (NRS)

Menggantikan deskriptor kata, pasien menilai tingkat ketidaknyamanan mereka pada skala 1 sampai 10. Skala ini efektif digunakan untuk mengukur keparahan nyeri sebelum dan setelah mendapatkan intervensi. NRS yang diturunkan dari VAS sangat membantu untuk pasien yang menjalani operasi, setelah anestesi pertama, dan sekarang sering digunakan untuk pasien yang menderita nyeri di unit pasca operasi (de Boer M.J, Versteegen G.J, 2018).



Gambar 2. 2 Numeric Rating Scale

Sumber : (Andarmoyo, 2013)

Keterangan:

- 0: Tidak nyeri.
- 1: Nyeri hampir tak terasa (sangat ringan) = Sangat ringan hampir tidak terasa.
- 2: Tidak menyenangkan = Nyeri ringan seperti cubitan ringan.
- 3: Bisa ditoleransi = Nyeri yang dirasakan, seperti pukulan ringan atau suntikan.
- 4: Menyedihkan = Nyeri sedang dan mengganggu, seperti sakit gigi atau disengat lebah.
- 5: Sangat menyedihkan = Nyeri yang cukup kuat, menusuk dalam, dan memengaruhi konsentrasi.
- 6: Intens = Nyeri hebat yang mengganggu komunikasi dan fokus.
- 7: Sangat intens = Nyeri yang begitu hebat sehingga mendominasi semua perhatian dan aktivitas.

8: Benar-benar menyakitkan = Nyeri yang begitu hebat sehingga mengganggu pikiran sadar.

9: Menyiksa tak tertahankan = Nyeri yang begitu menyiksa, tak tertahankan, sehingga membuat pasien sangat cemas.

10: Sakit tak terbayangkan dan tak dapat diungkapkan = Nyeri yang begitu hebat hingga tak terbayangkan, dapat menyebabkan hilangnya kesadaran.

Skala ini efektif digunakan untuk mengevaluasi nyeri sebelum dan sesudah intervensi, khususnya pada pasien pascaoperasi. Sumber : (Muhlisin, 2017).

2.2.8 Strategi Penatalaksanaan Nyeri

Manajemen nyeri merupakan serangkaian tindakan yang bertujuan untuk mengurangi nyeri yang dialami pasien. Upaya ini dapat dilakukan melalui pendekatan farmakologis maupun nonfarmakologis, tergantung pada penyebab dan tingkat keparahan nyeri (Andarmoyo, 2013).

Pendekatan farmakologis biasanya mencakup penggunaan obat-obatan seperti analgesik non narkotik, obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID), analgesik narkotik atau otopiat, dan obat-obatan adjuvant. Sementara itu, pendekatan non farmakologis melibatkan metode terapi yang tidak menggunakan obat-obatan, salah satunya adalah terapi relaksasi Benson (Aprilia et al., 2022).

a. Relaksasi Benson

Teknik relaksasi Benson bekerja dengan menstimulasi sistem saraf simpatis, yang menurunkan aktivitas saraf simpatis, sehingga mengurangi ketegangan otot dan persepsi nyeri. Lebih lanjut, teknik ini juga membantu menciptakan rasa tenang dan meningkatkan

pengendalian diri terhadap nyeri. Dengan demikian, terapi relaksasi Benson merupakan intervensi non farmakologis yang efektif dalam mengurangi nyeri pascaoperasi (Aprilia et al., 2022).

2.3 Konsep Terapi Relaksasi Benson

2.3.1 Pengertian

Relaksasi Benson adalah teknik relaksasi yang menggabungkan unsur spiritual atau keyakinan individu ke dalam prosesnya. Metode ini bekerja dengan menghambat aktivitas sistem saraf simpatis, yang pada akhirnya mengurangi konsumsi oksigen tubuh, memperlambat detak jantung, dan merelaksasi otot. Tubuh yang rileks menciptakan rasa tenang dan nyaman serta dapat mengurangi persepsi nyeri pasien melalui mekanisme relaksasi fisik dan psikologis. Teknik ini merupakan pengembangan dari konsep respons relaksasi Dr. Herbert Benson, yang menekankan pentingnya aspek spiritual dalam mencapai keseimbangan antara tubuh dan pikiran (Aprilia et al., 2022).

Oleh karena itu, relaksasi Benson tidak hanya berfungsi untuk mengurangi ketegangan otot dan stres, tetapi juga meningkatkan kesejahteraan emosional melalui hubungan antara keyakinan, pikiran, dan respons tubuh terhadap ketenangan.

2.3.2 Tujuan Terapi Relaksasi Benson

Tujuan utama relaksasi Benson adalah untuk membantu individu mengurangi tingkat kecemasan, merelaksasi otot, dan mengurangi persepsi nyeri. Proses relaksasi ini juga dapat mengurangi respons fisiologis tubuh terhadap stres, seperti menurunkan tekanan darah, detak jantung, dan laju pernapasan (Noviariska, 2022).

Relaksasi Benson efektif dalam mengurangi nyeri melalui teori kontrol gerbang yang dikemukakan oleh Melzack dan Wall. Teori ini menjelaskan bahwa impuls nyeri dapat diatur oleh mekanisme pertahanan di seluruh sistem saraf pusat, khususnya di sel-sel

substansi gelatinosa di kornus dorsalis medula spinalis, talamus, dan sistem limbik (Andayani et al., 2021).

Ketika seseorang rileks, perhatian teralih dari nyeri, sehingga menutup gerbang yang menyalurkan impuls nyeri. Hal ini memicu aktivasi jalur saraf desendens, yang melepaskan endorfin dan enkefalin—opioid alami tubuh—yang berfungsi sebagai penghambat nyeri. Dengan demikian, teknik relaksasi ini dapat mengurangi persepsi nyeri dan menciptakan rasa sejahtera melalui proses neurofisiologis alami (Andayani et al., 2021).

2.3.3 Manfaat Terapi Relaksasi Benson

Manfaat utama terapi relaksasi Benson adalah melatih individu untuk memberikan sugesti positif melalui pengulangan kata atau frasa yang menyampaikan keyakinan spiritual. Pengulangan ini membantu mengondisikan tubuh ke dalam keadaan tenang dan rileks, sehingga mengurangi aktivitas sistem saraf simpatik. Keadaan ini tidak hanya mengurangi rasa sakit tetapi juga membantu individu mengelola stres dan emosi yang berlebihan. Dengan demikian, terapi Benson berperan dalam meningkatkan pengendalian diri terhadap rasa sakit dan memperkuat keseimbangan psikologis pasien (Noviariska, 2022).

menurut (Alfianita, 2023) manfaat lain dari terapi relaksasi benson meliputi:

1. Mengurangi intensitas nyeri.
2. Memberikan kedamaian batin.
3. Mengurangi kecemasan, kekhawatiran, dan kegelisahan.
4. Mengurangi stres mental dan emosional
5. Menstabilkan detak jantung.
6. Menurunkan tekanan darah.
7. Meningkatkan kualitas tidur.

2.3.4 Indikasi dan Kontra Indikasi

Relaksasi Benson merupakan metode terapi nonfarmakologis yang relatif aman dan mudah dilakukan. Namun, terapi ini tetap memiliki indikasi dan kontraindikasi tertentu untuk menjamin efektivitas dan keamanannya (Mahmudah, 2023).

a. Indikasi:

- 1) Mengalami stres psikologis atau emosional.
- 2) Mengalami nyeri akut atau kronis.
- 3) Mengalami gangguan tidur (insomnia).
- 4) Tekanan darah tinggi (hipertensi).
- 5) Mengalami kecemasan atau kekhawatiran yang berlebihan (ansietas).

b. Kontra Indikasi:

- 1) Gangguan pernapasan berat (misalnya, penyakit paru obstruktif kronik).
- 2) Pasien yang menjalani operasi dada atau perut yang masih merasakan nyeri hebat setelah operasi.
- 3) Pasien dengan sesak napas akut.
- 4) Pasien dengan patah tulang rusuk.

c. Peralatan

- 1) Tempat tidur atau kursi yang nyaman.
- 2) Bantal untuk menopang tubuh.
- 3) Selimut atau selimut untuk menjaga privasi.
- 4) Jam tangan atau arloji untuk memantau durasi terapi.

d. Cara kerja

1) Pra interaksi

- a) Identifikasi identitas dan kondisi umum klien.
- b) Persiapkan perawat dan pastikan lingkungan yang tenang.

2) Perkenalan

- a) Sapa dan perkenalkan diri Anda kepada klien.
- b) Jelaskan tujuan dan manfaat terapi relaksasi Benson.
- c) Tanyakan kepada klien apakah mereka bersedia berpartisipasi dalam terapi.

e. Kerja

- 1) Ciptakan lingkungan yang tenang, nyaman, dan bebas gangguan.
- 2) Minta klien untuk memilih posisi yang paling nyaman, duduk atau berbaring.
- 3) Instruksikan klien untuk menutup mata dan rileks, tanpa memaksanya.
- 4) Instruksikan klien untuk merilekskan otot-otot di kaki, tungkai, lengan, leher, dan wajah.
- 5) Minta klien untuk menarik napas perlahan melalui hidung, tahan selama tiga detik, lalu hembuskan melalui mulut sambil melafalkan frasa-frasa zikir seperti Astaghfirullah, Alhamdulillah, atau Allahu Akbar.
- 6) Proses ini dilakukan selama 10–15 menit dengan ritme pernapasan yang alami dan teratur.
- 7) Setelah selesai, klien diminta untuk tetap dalam posisi tenang selama beberapa menit sebelum membuka mata.

f. Terminasi

- 1) Tanyakan kepada klien bagaimana perasaan mereka setelah terapi.
- 2) Amati respons fisiologis dan psikologis klien.
- 3) Evaluasi efektivitas aktivitas dan dokumentasikan hasilnya.
- 4) Sampaikan rencana tindak lanjut dan akhiri dengan salam (Mahmudah, 2023).

2.3.5 Mekanisme Teknik Relaksasi Benson

Mekanisme fisiologis terapi relaksasi Benson berkaitan erat dengan hubungan antara aktivitas hipotalamus dan sistem saraf otonom, terutama dalam mengurangi aktivitas saraf simpatis dan meningkatkan aktivitas saraf simpatis (Febiantri & Machmudah, 2021).

Teknik ini memiliki empat komponen utama:

1. Lingkungan yang tenang dan kondusif.
2. Pengulangan kata atau frasa positif (seperti zikir atau frasa spiritual).
3. Sikap mental yang pasrah dan positif.
4. Posisi tubuh yang nyaman dan rileks.

Ketika seseorang mempraktikkan relaksasi Benson, tubuh mengurangi aktivitas fisiologis yang dipicu oleh stres, seperti detak jantung, tekanan darah, dan laju pernapasan. Pada saat yang sama, sistem saraf simpatis diaktifkan, menyebabkan tubuh memproduksi endorfin, hormon alami yang berfungsi sebagai analgesik internal. Endorfin ini membantu mengurangi persepsi nyeri dan menciptakan perasaan nyaman dan tenang (Febiantri & Machmudah, 2021).

Lebih lanjut, terapi ini juga meningkatkan aktivitas gelombang otak alfa, yang berperan dalam menciptakan kondisi mental yang damai dan terfokus. Hal ini dapat meningkatkan respons emosional terhadap rasa sakit dan mengurangi ketegangan otot yang sering menyertai stres atau nyeri pascaoperasi. Relaksasi Benson dilakukan secara teratur selama 10–15 menit per sesi, dua kali sehari, biasanya pada pagi dan malam hari. Jika dilakukan secara teratur, terapi ini terbukti efektif dalam mengurangi rasa sakit, kecemasan, dan tingkat stres, serta meningkatkan kualitas tidur dan kesejahteraan psikologis (Febiantri & Machmudah, 2021).

2.3.6 Prosedur Terapi Relaksasi Benson

Tabel 2. 3 Standar Operasional Prosedur Terapi Relaksasi Benson

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR(SOP) TEKNIK RELAKSASI BENSON	
Pengertian	Teknik Relaksasi benson adalah teknik pernapasan dalam yang melibatkan keyakinan seseorang dengan kata-kata/frase religi yang diyakini dapat menurunkan beban yang dirasakan atau dapat meningkatkan kesehatan

Tujuan	Menurunkan atau mengurangi nyeri, mengendalikan ketegangan otot, dan juga mengendalikan pernapasan
Waktu	Selama 10 – 15 menit, 1-2 x sehari, sebaiknya sebelum makan.
Persiapan Klien dan lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tingkat nyeri klie 2. Kaji kesiapan klien dan perasaan klien 3. Berikan penjelasan tentang terapi Benson 4. Minta klien mempersiapkan kata-kata yang diyakini seperti Astaghfirullah, Allah huakbar 5. Ciptakan lingkungan yang nyaman di sekitar klien
Peralatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengukur waktu 2. Catatan observasi klien 3. Pena dan buku Catatan Kecil
Tahap Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan klien mengambil posisi yang dirasakan paling nyaman, bisa berbaring atau duduk



2. Pejamkan mata dengan pelan tidak perlu dipaksakan, sehingga tidak ada ketegangan otot sekitar mata.



3. Kendorkan otot-otot serileks mungkin, mulai dari kaki, betis, paha, perut, dan lanjutkan ke semua otot tubuh. Tangan dan lengan diulurkan kemudian lemaskan dan biarkan terkulai wajar. Usahakan agar tetap rileks.



4. Mulai dengan bernapas yang lambat dan wajar, serta mengucapkan dalam hati kata-kata astaghfirullah, Allah huakbar pada saat menarik napas dan diulang saat mengeluarkan napas. Lemaskan seluruh tubuh disertai dengan sikap pasrah.



5. Ulang terus point 4 selama 10-20 menit dan dilakukan 2 kali sehari pagi dan sore



Gambar 2. 3 Melakukan Teknik Relaksasi Benson

Terminasi	1. Observasi skala nyeri setelah inervensi 2. Ucapkan salam
Dokumentasi	Catat hasil observasi di dalam catatan perkembangan klien Benson

Sumber:(Noviariska, 2022)

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kebutuhan Aman Nyaman Nyeri

2.4.1 Pengkajian

1. Pengkajian keperawatan

Menurut (Wahid, 2023) proses penilaian untuk memenuhi kebutuhan nyeri dan kenyamanan pasien meliputi aspek-aspek berikut:

a) Identitas pasien

Catat informasi dasar pasien seperti nama, usia, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, dan diagnosis medis.

b) Keluhan utama

Pasien biasanya mengeluhkan nyeri atau ketidaknyamanan, yang merupakan alasan utama untuk mencari pertolongan medis.

c) Riwayat keperawatan sekarang

Jelaskan penyebab dan karakteristik nyeri pasien saat ini, menggunakan pendekatan PQRST sebagai berikut:

P = *Provocation/Palliation*: Tanyakan tentang pemicu dan faktor pereda, seperti aktivitas fisik, stres, atau posisi tubuh

Q = *Kualitas/Quantity*: Nilai sifat nyeri, seperti tajam, tumpul, terbakar, atau berdenyut.

R = *Region/Radiation*: Identifikasi lokasi nyeri dan bagaimana nyeri tersebut menjalar ke bagian tubuh lainnya?

S = *Severty Scale*: Nilai intensitas nyeri menggunakan skala numerik 0–10.

T = *Time*: Tentukan onset, durasi, dan frekuensi nyeri.

d) Riwayat Penyakit Dahulu

Cantumkan riwayat pekerjaan berisiko, seperti sering mengangkat benda berat, riwayat penyakit, atau operasi perut, yang mungkin merupakan faktor predisposisi.

e) Riwayat Kesehatan Keluarga

Identifikasi apakah anggota keluarga lain pernah mengalami penyakit serupa, dan kaji adanya penyakit atau infeksi keturunan.

f) Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Meliputi empat faktor utama: faktor keturunan, perawatan kesehatan, perilaku, dan lingkungan. Perilaku seperti merokok, gaya hidup tidak sehat, dan aktivitas berat yang dapat meningkatkan tekanan intraabdomen memerlukan pemeriksaan menyeluruh.

g) Status Nutrisi dan Cairan

Evaluasi diet, asupan cairan, adanya mual atau muntah, dan keseimbangan nutrisi. Pengukuran berat badan, tinggi badan, dan lingkaran lengan atas dilakukan untuk menentukan status nutrisi pasien.

h) Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Pasien hernia pascaoperasi biasanya tampak lemah tetapi sadar penuh (kompos mentis).

2) B1 Sistem Pernafasan (*Breathing*)

Laju pernapasan dapat meningkat karena nyeri, tetapi tidak ditemukan retraksi otot aksesori.

3) B2 Sistem Kardiovaskuler (*Blood*)

Denyut nadi cenderung meningkat karena nyeri, tetapi bunyi jantung tetap normal.

4) B3 Sistem Persyarafan (*Brain*)

Tidak ada gangguan neurologis, tetapi tingkat kesadaran harus dinilai menggunakan GCS.

5) B4 Sistem Perkemihan (*Bladder*)

Nilai retensi urin atau penurunan frekuensi buang air kecil.

6) B5 Sistem Pencernaan (*Bowel*)

Perhatikan distensi abdomen, frekuensi peristaltik, dan nyeri tekan Peristaltik usus 5-21x/menit.

7) B6 Sistem Muskuloskeletal (*Bone*)

Evaluasi kekuatan otot, gerakan ekstremitas, dan kondisi luka operasi.

Pola Fungsi kesehatan:

1) Nutrisi

Pasien terkadang mengalami mual atau kehilangan nafsu makan.

2) Aktivitas/ istirahat

Sebelum MRS: Pasien sering melakukan aktivitas yang berlebihan, sering melompat, ataupun terjatuh dari ketinggian.

Sesudah MRS: Pasien cenderung membatasi gerakan karena nyeri.

3) Eliminasi:

Konstipasi atau kesulitan buang air kecil dapat terjadi.

4) Istirahat tidur:

Kualitas tidur menurun karena nyeri.

5) Personal Higiene:

Menurun karena keterbatasan mobilitas.

1) Integritas Ego:

Pasien sering mengungkapkan kecemasan atau ketakutan terkait kondisi fisik mereka.

1) Kenyamanan Gejala : Nyeri terasa seperti ditusuk atau terbakar, dan diperparah dengan batuk atau gerakan.

2.4.2 Analisa Data

Analisis data bertujuan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan pasien secara akurat berdasarkan hasil pengkajian. Tahap ini membantu perawat memahami hubungan sebab-akibat

antara faktor penyebab dan gejala yang muncul, sehingga dapat menetapkan diagnosis keperawatan yang tepat. Proses ini juga memungkinkan perawat untuk merancang intervensi yang efektif guna membantu pasien mencapai kesehatan yang optimal (Armayani et al., 2023).

Tabel 2. 4 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Ds : - Mengeluh nyeri Do : - Tampak meringis - Bersikap protektif (mis waspada posisi menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur - Tekanan darah meningkat - Pola nafas berubah - Berfokus pada diri sendiri - Diaforesis	Hernia inguinalis ↓ Herniorafi/herniotomi ↓ Post operasi ↓ Insisi bedah ↓ Diskontinuitas jaringan ↓ Nyeri akut	Nyeri Akut (D. 0077).
2	Ds : - Mengeluh sulit mengerjakan - Nyeri saat bergerak - Enggan melakukan pergerakan Do : - Kekuatan otot menurun - Fisik Lemah	Hernia inguinalis ↓ Herniorafi/herniotomi ↓ Post operasi ↓ Insisi bedah ↓ Diskontinuitas jaringan ↓ Takut gerak ↓ Tirah baring ↓ Gangguan mobilitas fisik	Intoleransi aktivitas (D.0052).

3	Ds : - Do : - Adanya prosedur invasif - Luka terbuka - Kulit atau membran mukosa tidak utuh - Leukosit meningkat - CRP meningkat	Hernia inguinalis ↓ Herniorafi/herniotomi ↓ Post operasi ↓ Insisi bedah ↓ Proses inflamasi ↓ Masuknya mikroorganisme ↓ Risiko infeksi	Risiko Infeksi (D.0142).
4	Ds : - Menolak perawatan diri Do: - Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri - Minat melakukan perawatan diri kurang	Hernia inguinalis ↓ Herniorafi/herniotomi ↓ Post operasi ↓ Insisi bedah ↓ Defisit perawatan diri	Defisit perawatan diri (D.0109).
5	Ds : - Menanyakan masalah yang dihadapi Do : - Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran - Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah - Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat - Menunjukkan perilaku berlebihan (mis apatis, bermusuhan, agitasi, histeria)	Hernia inguinalis ↓ Herniorafi/herniotomi ↓ Post operasi ↓ Insisi bedah ↓ Defisit pengetahuan	Defisit Pengetahuan (D.0111).
6	Ds : - Mengeluh sulit tidur Do : - Mata tampak mengantuk - Pasien tampak lemas - Pasien tampak menguap	Post operasi ↓ Insisi bedah ↓ Diskontinuitas jaringan ↓ Nyeri akut ↓ Gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur (D.0055).

2.4.3 Diagnosa Keperawatan

Menurut (Putri sisila, 2021), diagnosis keperawatan adalah hasil analisis respons individu, keluarga, atau kelompok terhadap masalah kesehatan aktual maupun potensial. Pada pasien pascaoperasi hernia, diagnosis keperawatan yang umum meliputi:

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (D.0077).
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan keengganan untuk bergerak (D.0056).
3. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur (D.0142).
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109).
5. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111).
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (D.0055).

2.4.4 Perencanaan Keperawatan

Tabel 2. 5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisik (D.0077)	Tingkat Nyeri (L.07214) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan dapat memenuhi kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Perasaan takut mengalami cedera berkurang 4. Ketegangan otot menurun	Manajemen Nyeri (L.08238) 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 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8) Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1) Berikan teknik nonfarmakologi Relaksasi Benson sebari mengucapkan kata astagfirullah atau allah untuk mengurangi nyeri 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.

Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

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

Edukasi

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

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

2	Gangguan mobilitas fisik b/d keengganan untuk bergerak (D.0054)	Intoleransi aktivitas (L.05047) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan dapat memenuhi kriteria hasil: 1. Pergerakan otot meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Manajemen energi (I.05178) Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis pagar tempat tidur) 2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis : duduk di tempat tidur, duduk
---	---	--	---

			disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi
3	Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D.0142).	Tingkat Infeksi Menurun (L.14137) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan dapat memenuhi kriteria hasil: 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1) Monitor tanda dan gejala infeksi 3 local dan sistemik Terapeutik 1) Batasi jumlah pengunjung 2) Berikan perawatan kulit pada area edema 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2) Ajarkan cara mencuci tangan yang benar 3) Ajarkan etika batuk 4) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
4	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109).	Perawatan Diri Meningkat (L.11103) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan dapat memenuhi kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat	Dukungan Perawatan Diri (I.1138) Observasi 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2) Monitor tingkat kemandirian 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 1) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 2) Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) 3) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri

		6. Minat melakukan perawatan diri meningkat	4) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 5) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6) Jadwalkan rutinitas perawatan diri
			Edukasi 1) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
5	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)	Tingkat Pengetahuan Meningkat (L.12111) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan dapat memenuhi kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat 5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat 7. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	Edukasi kesehatan (I.12383) Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 1) Sediakan materi Relaksasi Benson dan Hernia Inguinalis dan media Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 2) Jadwalkan Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3) Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1) Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
6	Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan (D.0055).	Pola tidur membaik (L.05045) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x24 jam diharapkan dapat memenuhi kriteria hasil:	Dukungan tidur (I.05174) Observasi 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2) Identifikasi factor pengganggu tidur

1. Keluhan sulit tidur menurun	3) Identifikasi makanan atau minuman yang mengganggu tidur
2. Keluhan sering terjaga menurun	Terapeutik
3. Keluhan tidak puas tidur menurun	1) Modifikasi lingkungan
4. Keluhan pola tidur berubah menurun	2) Batasi waktu tidur siang jika perlu
5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	3) Tetapkan jadwal waktu tidur rutin
6. Kemampuan beraktivitas meningkat	4) Sesuaikan waktu pemberian obat atau terapi untuk menunjang siklus tidur terjaga
	Edukasi
	1) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
	2) Ajarkan teknik non farmakologis lainnya

2.4.5 Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi merupakan pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun. Tujuannya adalah membantu pasien mencapai kesehatan optimal melalui intervensi yang terarah dan terukur (Putri sisila, 2021).

Pada kasus pasien pascaoperasi hernia yang didiagnosis nyeri akut, penanganan utamanya adalah terapi relaksasi Benson. Langkah ini bertujuan untuk mengurangi intensitas nyeri, mengendalikan ketegangan otot, dan menstabilkan pola pernapasan. Terapi dilakukan selama 10–15 menit per sesi, sekali atau dua kali sehari, sebaiknya sebelum makan.

2.4.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan, yang bertujuan untuk menilai efektivitas intervensi terhadap luaran yang diharapkan (Angeline, 2021). Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dan sistematis dengan membandingkan kondisi pasien sebelum dan sesudah prosedur.

Jenis evaluasi meliputi:

- a. Evaluasi formatif (proses): Menilai kualitas implementasi asuhan keperawatan.

b. Evaluasi sumatif (hasil): Menilai sejauh mana tujuan asuhan keperawatan telah tercapai.

Kriteria Hasil:

1. Masalah teratasi: Nyeri berkurang hingga mencapai tingkat target, dan pasien tampak lebih rileks dan nyaman.
2. Masalah teratasi sebagian: Nyeri berkurang tetapi tidak mencapai tingkat target.
3. Masalah tidak teratasi: Tidak ada perubahan signifikan dalam intensitas nyeri.

Evaluasi dilakukan menggunakan format SOAP, sebagai berikut:

S (*Subjektif*): Respons verbal pasien terhadap intervensi.

O (*Objektif*): Observasi perawat terhadap tanda-tanda vital dan ekspresi nyeri.

A (*Analisis*): Perbandingan kondisi pasien dengan tujuan asuhan keperawatan.

P (*Perencanaan*): Rencana tindak lanjut berdasarkan hasil analisis.