

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Hernia

2.1.1 Definisi

Hernia adalah kelainan pada dinding abdomen yang memungkinkan isi abdomen menonjol dari rongga abdomen. Hernia adalah benjolan dari organ internal melalui pembentukan abnormal atau lemah pada otot yang mengelilinginya. Hernia adalah tonjolan keluarnya organ atau jaringan melalui dinding rongga dimana organ tersebut seharusnya berada yang di dalam keadaan normal tertutup (Wulandari, 2021).

Hernia inguinalis adalah suatu kondisi ketika jaringan atau bagian organ dalam rongga perut, seperti usus, menonjol keluar melalui titik lemah pada dinding perut bagian bawah, terutama melalui kanalis inguinalis (Ardiansyah & Kartini (2021).

2.1.2 Etiologi

Penyebab utama terjadinya hernia adalah: (Wulandari, 2021)

1. Kelemahan dinding otot dalam abdomen untuk menahan rongga abdomen
2. Adanya peningkatan tekanan intra abdomen
3. Kelemahan otot yang dibawa sejak lahir merupakan salah satu faktor utama yang menyebabkan terjadinya hernia, selain adanya peningkatan tekanan intra abdomen. Kelemahan otot memang tidak dapat dicegah tetapi luntion yang rutin dapat meningkatkan kekuatan otot yang lemah.
4. Kongenital
5. Kegemukan
6. Angkat berat, karena dapat meningkatkan tekanan intra abdomen

2.1.3 Klasifikasi

Klasifikasi hernia sebagai berikut menurut (Wulandari, 2021):

1. Hernia inguinalis

Kondisi di mana penonjolan organ intestinal masuk ke rongga melalui defek atau bagian dinding yang tipis atau lemah dari cincin inguinalis. Predisposisi terjadinya hernia inguinalis adalah terdapat defek atau kelainan berupa sebagian dinding rongga melemah Penyebab pasti hernia inguinalis terletak pada lemahnya dinding akibat perubahan struktur dari dinding rongga (usia lanjut), peningkatan tekanan intra abdomen (kegemukan, batuk yang kuat dan kronis, mengejan akibat sembelit, dll).

2. Hernia femoralis

Suatu penonjolan ketika isi suatu organ intestinal yang masuk melalui kanalis femoralis yang berbentuk corong dan keluar pada fossa ovalis di lipat paha. Penyebab hernia femoralis sama seperti hernia inguinalis.

3. Hernia Umbilikus

Suatu penonjolan ketika isi suatu organ abdominal masuk melalui kanal anterior yang dibatasi oleh linea alba, posterior oleh fasia umbilikus dan rektus lateral. Hernia ini terjadi ketika jaringan fatin dari dinding abdomen di area umbilicus mengalami kelemahan. Biasanya terjadi pada bayi karena lubang tali pusat tidak menutup sempurna.

4. Hernia scrotalis

Yaitu hernia inguinal lateral yang isinya masuk kedalam skrotum secara lengkap. Hernia ini harus cermat dibedakan dengan hidrokel atau elephantiasis skrotum. Hernia inguinalis lateral inkarsera merupakan hernia yang sering atau paling banyak didapat terutama pada laki-laki. dengan bentuknya bulat lonjong. Disebut inkarsera karena hernia yang isi kantongnya

tidak dapat kembali ke dalam rongga perut disertai gangguan vaskularisasi.

2.1.4 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala pada hernia adalah sebagai berikut : (Wulandari, 2021).

1. Penonjolan yang terjadi tepat di atas atau dibawah garis lipatan paha, tepat diatas atau dibawah pusar itu sendiri
2. Terjadi dalam skrotum pada anak laki-laki dan dalam labia mayora pada anak perempuan
3. Rasa berat, rasa tidak enak dan kadang ditemukan rasa nyeri
4. Nyeri punggung bawah yang hebat dan menjalar sampai daerah bokong, tungkai dan kaki
5. Disuria (sakit saat berkemih), hematuria (kencing darah)
6. Anoreksia, muntah, nyeri, masa yang tidak dapat di predisposisi

2.1.5 Patofisiologi

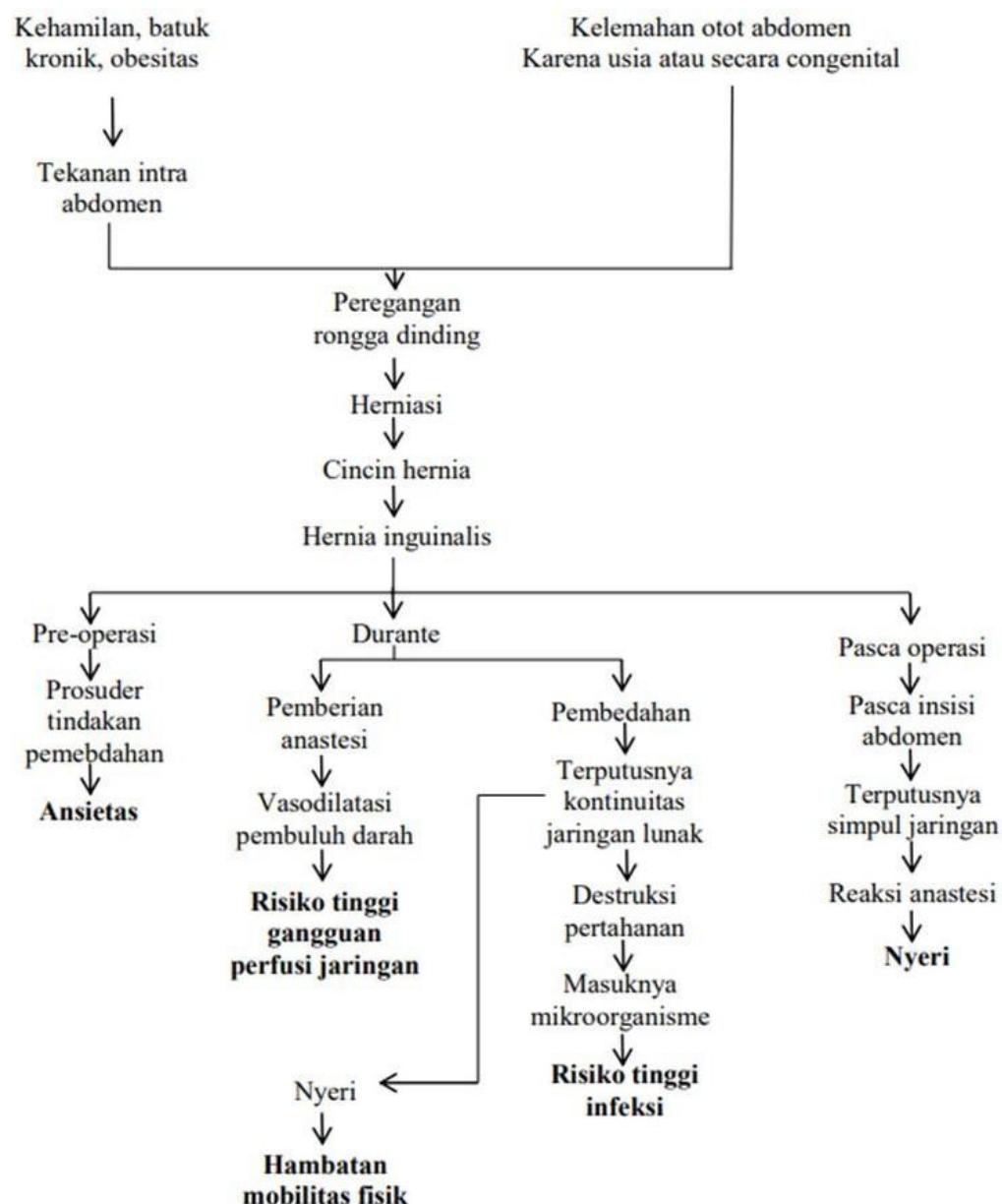
Hernia terdiri dari 3 unsur yaitu kantong hernia yang terdiri dari peritoneum, isi hernia yang biasanya terdiri dari usus, omentum, kadang berisi organ intraperitoneal lain atau organ ekstraperitoneal seperti ovarium, apendiks di vertikel dan bulu-bulu. Unsur terakhir adalah struktur yang menutupi kantong hernia yang dapat berupa kulit (skrotum) umbilikus atau organ-organ lain misalnya paru dan sebagainya. Kanal yang sudah tertutup dapat terbuka kembali dan timbul hernia inguinalis lateralis karena terdorongnya sesuatu jaringan tubuh dan keluar melalui defek tersebut. Potensial komplikasi terjadi perlengketan antara inti hernia dengan dinding kantong hernia sehingga isi hernia tidak dapat dimasukkan kembali. Terjadi penekanan terhadap cincin hernia, akibat semakin banyaknya usus yang masuk, cincin hernia menjadi sempit dan menimbulkan perut kembung. muntah, konstipasi. Bila inkarsera dibiarakan, 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. 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 (desensus) menuju ke skrotum. Pada waktu testis turun melewati inguinal sampai skrotum prosesus 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 lateralis lebih sering didapatkan di bagian kanan (kira-kira 60%). Hal ini disebabkan karena proses desensus dan testis kanan lebih lambat dibandingkan dengan yang kiri. Hernia inguinalis indirek terjadi melalui cincin inguinal dan melewati korda spermatikus melalui kanalis inguinalis. Ini umumnya terjadi pada pria dan wanita. Insidennya tertinggi pada bayi dan anak kecil. Hernia dapat menjadi sangat besar dan sering turun ke skrotum. Hernia inguinalis direk terjadi melewati dinding abdomen di area kelemahan otot, tidak melalui kanal seperti pada hernia inguinalis dan formalis indirek. Ini lebih umum pada lansia (Wulandari, 2021).

2.1.6 Pathway



2..1.7 Komplikasi

Komplikasi yang ditimbulkan dari hernia antara lain : (Wulandari, 2021).

1. Hernia berulang
2. Hematoma
3. Retensi urine
4. Infeksi pada luka

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

1. Hitungan darah lengkap dan serum elektrolit dapat menunjukkan hemokonsentrasi atau peningkatan hematokrit, peningkatan sel darah putih dan ketidak seimbangan elektrolit pada hernia (Wulandari, 2021).
2. Sinar X abdomen dapat menunjukkan abnormalnya kadar gas dalam usus atau obstruksi usus (Wulandari, 2021).

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis antara lain: (Wulandari, 2021)

1. Terapi Umum

Terapi konservatif sambil menunggu proses penyembuhan melalui proses selama dapat dilakukan pada hernia umbilikalis pada anak usia dibawah 2 tahun. Terapi konservatif berupa alat penyangga dapat dipakai sebagai pengelolaan sementara, misalnya adalah pemakaian korset pada hernia ventralis sedangkan pada hernia inguinal pemakaian tidak dilanjutkan karena selalu tidak dapat menyembuhkan alat ini dapat melemahkan otot dinding perut.

2. Reposisi

Tindakan memasukan kembali isi hernia ketepatannya semula secara hati- hati dengan tindakan yang lembut tetapi pasti. Tindakan ini hanya dapat dilakukan pada hernia reponibilis dengan menggunakan kedua tangan. tangan yang

satu melebarkan leher hernia sedangkan tangan yang lain memasukkan isi hernia melalui leher hernia tadi. tindakan ini terkadang dilakukan pada hernia irreponibilis apabila pasien takut operasi, yaitu dengan cara: bagian hernia di kompres dingin, penderita diberi penenang valium 10mg agar tidur, pasien diposisikan trendelenburg. jika posisi tidak berhasil jangan dipaksa, segera lakukan operasi

3. Suntikan

Setelah reposisi berhasil suntikan zat yang bersifat sklerotik untuk memperkecil pintu hernia

4. Tindakan Operasi

Merupakan salah satunya yang rasional

5. Hernioplasty Endoskopik

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Definisi

Persepsi nyeri merupakan proses terpadu yang melibatkan proses fisiologis sinyal nosiseptif bersama dengan pengenalan emosional dimana setiap orang akan mengalami nyeri dalam berbagai situasi sepanjang hidup mereka. Proses ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti faktor biologis, psikologis, sosial, dan lingkungan (Sant'Anna et al., 2024).

Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari adanya kerusakan jaringan yang bersifat subjektif. Keluhan sensorik yang dinyatakan seperti pegal, ngilu, linu yang dianggap sebagai modalitas nyeri (Muttaqin, 2020).

Nyeri akut menurut SDKI adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lamat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2.2.2 Nyeri Pre Operasi

Menurut Potter & Perry (2018) Nyeri pre operasi biasanya muncul akibat kondisi patologis yang mendasari, misalnya hernia yang menyebabkan rasa tidak nyaman, nyeri tekan, atau nyeri saat beraktivitas. Rasa nyeri ini dapat dipengaruhi oleh:

- a. Faktor fisiologis: tekanan intraabdomen yang meningkat saat batuk/mengejan menyebabkan iritasi jaringan.
- b. Faktor psikologis: kecemasan menjelang tindakan operasi dapat memperkuat persepsi nyeri, di mana aktivasi sistem saraf simpatis meningkatkan sensitivitas nosiseptor.
- 6. Faktor sosial dan lingkungan: dukungan keluarga serta informasi dari tenaga kesehatan dapat memengaruhi toleransi pasien terhadap nyeri.

2.2.3 Nyeri Post Operasi

Nyeri *post* operasi merupakan fenomena yang hampir selalu dialami pasien pasca pembedahan, termasuk pasien hernia. Mekanismenya antara lain:

- a. Trauma jaringan akibat insisi bedah : memicu pelepasan mediator inflamasi (histamin, prostaglandin, bradikinin) yang mengaktifkan nosiseptor.
- b. Kerusakan serabut saraf kecil : menimbulkan impuls nyeri yang ditransmisikan melalui sumsum tulang belakang ke korteks serebri.
- c. Respons inflamasi : menyebabkan edema jaringan dan meningkatkan sensitivitas perifer serta sentral.
- d. Respon sistem saraf simpatis : ditandai dengan peningkatan tekanan darah, nadi, pernapasan, diaphoresis, dan dilatasi pupil.

Secara klinis, pasien *post* operasi sering mengeluhkan nyeri tajam di daerah insisi, diperberat dengan pergerakan, batuk, atau saat melakukan mobilisasi.

2.2.4 Klasifikasi Nyeri

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2018), nyeri diklasifikasikan menjadi 2 yaitu :

1) Nyeri akut

Nyeri akut merupakan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Nyeri akan berhenti dengan sendirinya (self-limiting) dan akhirnya menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang terjadi kerusakan. Nyeri akut berdurasi singkat, memiliki omset yang tiba-tiba, dan berlokalisasi. Nyeri akut terkadang disertai oleh aktivitas system saraf simpatis yang akan memperlihatkan gejala-gejala seperti peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, diaphoresis, dan dilatasi pupil. Secara verbal klien yang mengalami nyeri akan melaporkan adanya ketidaknyamanan berkaitan dengan nyeri dan memberikan respons emosi perilaku seperti menggerutukan wajah, menangis, mengerang, atau menyeringai

2) Nyeri kronis

Nyeri kronis yaitu, kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau bahkan lambat dan berintensitas ringan sampai berat dan konstan merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Nyeri yang memanjang atau nyeri yang menetap setelah kondisi yang menyebabkan nyeri tersebut hilang. Pasien yang mengalami nyeri kronis sering menjadi depresi, mungkin jadi sulit tidur, dan mungkin menganggap nyeri seperti hal yang biasa.

2.2.5 Penyebab Nyeri

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2018), Penyebab nyeri yaitu:

- 1) Nyeri akut
 - a) Agen pencedera fisiologis (misal infamasi, iskemia, neoplasma)
 - b) Agen pencedera kimiawi (misal terbakar, bahan kimia intan)
 - c) Agen pencedera fisik (misal terbakar, abses, prosedur operasi, amputasi, trauma, terpotong, latihan fisik berlebihan, mengangkat berat).
- 2) Nyeri Kronis
 - a) Kerusakan sistem saraf
 - b) Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor
 - c) Riwayat penganiayaan (misal fisik, psikologis, seksual)
 - d) Gangguan imunitas (misal neuropati, virus varicella-zoster)
 - e) Peningkatan indeks masa tubuh
 - f) Infiltrasi tumor
 - g) Penekanan saraf

2.2.6 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor yang mempengaruhi nyeri menurut (Judha dkk., 2018) :

1) Usia

Usia yaitu variable penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak dan lansia.

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin laki-laki dan perempuan tidak berbeda secara makna dalam respon terhadap nyeri.

3) Kebudayaan

Sosial budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Sehingga, hal ini dapat mempengaruhi pengeluaran fisiologi opita endrogrn dan akan terjadi presepsi nyeri.

4) Makna Nyeri

Pengalaman nyeri dan cara orang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu.

5) Perhatian

Perhatian dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

6) Ansietas

Hubungan antara nyeri dengan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri., tetapi nyeri juga dapat menimbulkan sesuatu perasaan ansietas.

7) Keletihan

Keletihan meningkatkan persepsi nyeri, rasa kelelahan, dan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping.

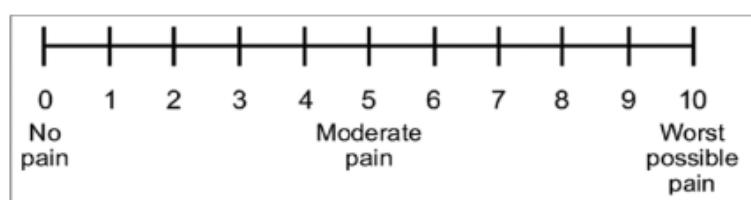
8) Dukungan keluarga dan Sosial

Kehadiran orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien dapat mempengaruhi respon nyeri.

2.2.7 Skala Nyeri

Skala Nyeri NRS (Numeric Rating Scale) merupakan alat ukur nyeri yang unidimensional yang berbentuk horizontal dari 1-10 menunjukkan nyeri berat. Pengukuran nyeri dilanjutkan dengan menganjurkan pasien menyebutkan angka dimana skala nyeri dirasakan, selanjutnya diinterpretasikan langsung. (Merdekawati et al., 2018).

Gambar 2. 1 Skala Nyeri



Nilai	Skala Nyeri
0	Tidak nyeri
1	Seperti gatal, tersetrum atau nyut nyut
2	Seperti melilit atau terpukul
3	Seperti perih
4	Seperti kram
5	Seperti tertekan atau tergesek
6	Seperti terbakar atau ditusuk tusuk
7-9	Nyeri tetapi dapat dikontrol oleh klien dengan aktivitas
10	Sangat nyeri dan tidak dapat dikontrol oleh klien.
Keterangan	1 – 3 (Nyeri ringan) 4 – 6 (Nyeri sedang) 7 – 9 (Nyeri berat) 10 (Sangat nyeri)

Keterangan :

- 0 : Tidak nyeri, merasa normal.
- 1-3 : Nyeri ringan, secara objektif pasien mampu berkomunikasi dengan baik, nyeri masih bisa ditahan, aktifitas tak terganggu
- 4-6 : Nyeri sedang, sudah mulai menganggu aktifitas fisik, sedang secara objektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dan dapat mengikuti perintah dengan baik, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga akan mempengaruhi sebagian indra, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu.
- 7-9 : Nyeri berat, secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi napas panjang dan distraksi, rasa sakit mendominasi indra pasien menyebabkan pasien tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri dan tidak dapat melakukan aktifitas secara mandiri, tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami

perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama.

- 10 : sakit tak terbayangkan tak dapat diungkapkan, Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul, nyeri begitu kuat tak sadarkan diri. Kebanyakan pasien tidak pernah mengalami skala rasa sakit ini. Karena biasanya pasien sudah tidak sadarkan diri

2.2.8 Terapi Nyeri

Terapi untuk mengurangi nyeri *post operasi* diantaranya ada terapi farmakologis dan nonfarmakologis (Chou,2017) :

1. Terapi Farmakologi

Intervensi farmakologis adalah pendekatan dalam mengatasi nyeri pasca operasi dengan pemberian obat-obatan analgesik yang bekerja secara sistemik atau lokal untuk menghambat transmisi sinyal nyeri. Obat-obatan yang digunakan antara lain :

- a. NSAID (*Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs*): Mengurangi nyeri dan inflamasi (contoh: ibuprofen, ketorolak).
- b. Opioid: Digunakan untuk nyeri sedang hingga berat (contoh: morfin, fentanyl).
- c. Anestesi lokal: Untuk nyeri terlokalisasi (contoh: lidokain).
- d. *Adjuvant analgesic*: Obat lain yang mendukung penurunan nyeri, seperti antidepresan atau antikonvulsan.

2. Terapi Nonfarmakologis

- a. Relaksasi dan pernapasan dalam
- b. Terapi kompres hangat atau dingin
- c. Distraksi (musik, video, percakapan)
- d. Terapi pijat (*foot massage*)

2.3 Konsep *Foot Massage*

2.3.1 Definisi

Massage merupakan teknik sentuhan serta pemijatan ringan yang dapat meningkatkan kondisi rileks dalam tubuh dengan memicu perasaan nyaman melalui permukaan kulit dan mengurangi rasa sakit, hal ini disebabkan karena pijatan merangsang tubuh untuk melepaskan senyawa endorfin (Muliani et al., 2020).

Massage ialah suatu tindakan dengan melakukan penekanan pada otot (tendon) atau ligamen tanpa mengakibatkan terjadinya perubahan maupun pergeseran posisi sendi yang bertujuan untuk membantu menurunkan nyeri, memberikan perasaan relaksasi, dan meningkatkan sirkulasi darah dalam tubuh (Nuraini et al. 2023).

Foot massage adalah salah satu metode yang paling terjangkau, berisiko rendah dan efektif untuk menghilangkan rasa nyeri pada pasien *post* operasi. Meskipun hanya dilakukan di kaki, tapi *foot massage* bisa meningkatkan sirkulasi ke seluruh tubuh. Pijatan yang lembut pada kaki bisa meningkatkan aliran darah ke organ vital, memberikan oksigen dan nutrisi ke berbagai organ serta jaringan tubuh. Jika ada bagian tubuh yang luka, maka *foot massage* dapat membantu memperbaiki jaringan yang luka serta membuat tubuh menjadi lebih rileks dan nyaman (Nuraini, Nuryani, and Hanum 2024).

Ada lima teknik *foot massage*, yaitu: effleurage (mengusap), petrissage (memijat), friction (menggosok), tapotement (menepuk), dan vibration (menggetarkan). Kelima teknik ini mampu menstimulasi nervus (A-Beta) di kaki dan lapisan kulit yang berisi tactile dan reseptor. Kemudian reseptor mengirimkan impuls nervus ke pusat nervus. Sistem gate control diaktivasi

melalui inhibitory interneuron di mana rangsangan interneuron dihambat, hasilnya fungsi inhibisi dari T-cell menutup gerbang. Pesan nyeri tidak ditransmisikan ke nervus sistem pusat. Oleh karena itu, otak tidak menerima pesan nyeri, sehingga nyeri tidak diinterpretasikan. Teknik *foot massage* akan efektif bila dilakukan dengan durasi waktu pemberian 15-20 menit dengan frekuensi pemberian 1 sampai 3 kali (Muliani et al., 2020).

2.3.2 Manfaat *Foot Massage*

Berdasarkan penjelasan dari (Mulia, 2019) manfaat *foot massage* secara umum yaitu :

- 1) Relaksasi : relaksasi mendalam sehingga meringankan kelelahan jasmani dan rohani karena saraf simpatis mengalami penurunan aktivitas yang menyebabkan turunnya tekanan darah
- 2) Memperbaiki sirkulasi darah pada otot sehingga mengurangi nyeri
- 3) Memperbaiki secara langsung / tidak langsung fungsi setiap organ internal
- 4) Sebagai bentuk latihan pasif yang sebagian akan mengimbangi kekurangan latihan aktif karena *foot massage* mampu meningkatkan sirkulasi darah

2.3.3 Mekanisme kerja *foot massage*

Terapi ini bekerja melalui mekanisme *gate control theory* yang mengaktifasi serabut saraf berdiameter besar untuk menghambat transmisi sinyal nyeri, sekaligus merangsang pelepasan endorfin endogen yang berfungsi sebagai analgesik alami. Terapi *foot massage* merupakan intervensi non-farmakologis yang menggunakan teknik manipulasi manual berupa tekanan, belaian, dan tepukan pada area kaki untuk menginduksi relaksasi dan mengurangi persepsi nyeri. Mekanisme kerja terapi ini melibatkan stimulasi reseptor taktil

dan propriozeptif yang mengaktivasi jalur saraf inhibitorik untuk mengurangi transmisi sinyal nyeri ke otak (Alameri et al., 2020).

Selain itu, manipulasi jaringan lunak melalui pijatan dapat meningkatkan sirkulasi darah lokal, mengurangi ketegangan otot, dan merangsang pelepasan neurotransmitter yang berperan dalam modulasi nyeri. Keunggulan utama terapi *foot massage* dibandingkan modalitas komplementer lainnya adalah kesederhanaan teknik yang dapat dipelajari dengan mudah, tidak memerlukan peralatan khusus atau ruang terapi yang spesifik, serta dapat diaplikasikan oleh keluarga pasien setelah mendapat edukasi yang tepat.

2.4 Konsep Teori Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan sebuah komponen utama untuk mengumpulkan informasi, data, memvalidasi data, mengorganisasikan data, dan mendokumentasikan data (Wulandari, 2021)

a. Identitas

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

b. Keluhan Utama

Biasanya pasien mengeluh nyeri *post operasi*

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Biasanya pasien mengeluh nyeri *post operasi* di lipat paha atas, nyeri biasanya dirasakan terus menerus, nyeri berkurang bila diberi obat Pereda nyeri, nyeri biasanya dirasakan seperti ditusuk-tusuk dan mengkaji skala nyerinya

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Biasanya pasien dengan hernia mempunyai riwayat batuk kronis dan tumor intraabdominal, bedah abdominal

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat penyakit keluarga yaitu pengkajian riwayat penyakit yang di alami keluarga,misalnya penyakit yang sama dengan pasien atau penyakit keturunan seperti Hipertensi,DM.

f. Kebutuhan dasar

a. Pola Nutrisi

Apakah klien mengalami anoreksia, mual, muntah, membrane mukosa kering, dan turgor jelek.

b. Pola Eliminasi

Apakah klien mengalami perubahan karakteristik urine dan feses, ketidakmampuan defekasi, konstopasi, penurunan pengeluaran urine, menurunnya peristaltic/bising usus

c. Pola aktivitas/istirahat

Apakah mengalami kelemahan, merasa lemas, Lelah, tirah baring, penurunan kekuatan otot, kehilangan tonus otot dan letargi

g. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

2) Pemeriksaan TTV

h. Pemeriksaan *Head To Toe*

a) Kepala : memeriksa keadaan kepala apakah ada lesi,nyeri tekan, penyebaran rambut merata atau tidak

b) Mata : biasanya jika hemoglobin rendah maka akan pucat pada konjungtiva dan pupil isokor

c) Hidung : apakah ada tanda-tanda kesulitan bernapas atau pernapasan cuping hidung

d) Mulut : apakah mukosa bibir, kering, bibir pecah-pecah dan apakah lidah terlihat kotor

e) Leher : apakah ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis teraba

f) Thoraks dan Paru

Frekuensi pernafasan biasanya dalam batas normal (16-20 kali permenit). Dengarkan pernafasan pasien apabila terdengar stridor pada obstruksi jalan nafas, mengi apabila penderita sekaligus mempunyai riwayat asma.

g) Dada

Inspeksi : Dalam batas normal, deformitas atau asimetris dan retraksi inspirasi abdomen.

Palpasi : Adanya nyeri tekan atau tidak.

Perkusi : Dalam batas normal, pekak terjadi apabila cairan atau jaringan padat mengantikan bagian paru yang normalnya terisi udara (terjadi apabila penyakit lain seperti efusi pleura, tumor atau pasca penyembuhan TBC).

Auskultasi : Bunyi nafas vasikular, bronco vasikular (dalam keadaan normal).

h) Abdomen

Pemeriksaan fisik pada hernia inguinal fokus pada pemeriksaan abdomen. Yang di dapatkan yaitu :

Inspeksi : Terdapat luka operasi pada abdomen di regio inguinal kanan.

Palpasi : Terdapat nyeri tekan pada bagian abdomen sekitar luka operasi

Perkusi : Pekak (dullness) Bisa terjadi di area luka operasi karena adanya jaringan padat (misal: hematoma atau edema)

Auskultasi : Umumnya Hipoaktif dalam 24–72 jam pasca operasi karena efek anestesi atau pembedahan. Normalisasi biasanya dalam waktu 1–3 hari.

i) Integumen

Ada tidaknya edema, sianosis, pucat, kemerahan (luka pembedahan pada abdomen).

j) Genitalia

Inspeksi mengenai warna, kebersihan, terdapat luka jahitan, ukur berapa ukuran lukanya, dan lihat kebersihan perbannya.

k) Ekstremitas

Apakah ada keterbatasan dalam aktiitas karena adanya nyeri yang hebat dan apakah ada kelumpuhan atau kekakuan. Adapun kekuatan otot nya yaitu lumpuh, ada kontraksi, melawan gravitasi dengan sokongan, melawan gravitasi tapi tidak ada lawanan, melawan gravitasi dengan tahanan sedikit, melawan gravitasi dengan kekuatan otot penuh

2.4.2 Diagnosis keperawatan

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (*Post Op Hernia*)
- b) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi pasca operasi (D.0055)
- c) Resiko infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan

2.4.3 Intervensi

Tabel 2. 1Intervensi

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN	INTERVENSI	
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan klien : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Menarik diri menurun 7. Berfokus pada diri sendiri 8. Diaphoresis menurun 9. Mual menurun 10. Perasaan depresi menurun 11. Perasaan takut Mengalami cedera berulang menurun 12. Anorexia menurun 13. Perineum terasa tertekan menurun 14. Ketegangan otot menurun 15. Pupil dilatasi menurun 16. Muntah menurun 17. Frekuensi nadi membaik	(I.08238) Observasi - Identifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)	

	18. Tekanan darah membaik 19. Proses berfikir membaik 20. Fokus membaik 21. Fungsi berkemih membaik 22. Perilaku membaik 23. Nafsu makan membaik	- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan,pencahaayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kondisi pasca operasi (D.0055)	Pola Tidur (L.05045) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam, diharapkan klien: 1. Kesulitan tidur Menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun	Dukungan tidur (I.05174) Observasi - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) - Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis:kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) - Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

4. Keluhan pola tidur Terapeutik berubah menurun
 - Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)
 5. Keluhan istirahat cukup menurun
 - Batasi waktu tidur siang, jika perlu
 - Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur
 - Tetapkan jadwal tidur
 - Rutin Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
 - Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur- terjaga
- Edukasi
- Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
 - Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
 - Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
 - Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur
 - Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)

		- Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya
3. Risiko Infeksi b.d Efek prosedur invasif (D.0076)	(L.14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam glukosa derajat infeksi menurun : <ol style="list-style-type: none">1. Kebersihan tangan meningkat2. Kebersihan badan meningkat3. Kemerahan menurun4. Bengkak menurun5. Kadar sel darah putih meningkat	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi : <ol style="list-style-type: none">1. Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik : <ol style="list-style-type: none">2. Batasi jumlah pengunjung3. Berikan perawatan kulit pada daerah edema4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien5. Pertahankan Teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi Edukasi : <ol style="list-style-type: none">6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi7. Ajarkan cara memeriksa luka8. Anjarkan cara cuci tangan dengan benar

2.4.4 Implementasi

Pelaksanaan / implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah anda tetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Budiono, 2016).

Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan keperawatan menurut Budiono (2016) antara lain:

- a. Kemampuan intelektual, teknikal, dan interpersonal.
- b. Kemampuan menilai data baru.
- c. Kreativitas dan inovasi dalam membuat modifikasi rencana tindakan.
- d. Penyesuaian selama berinteraksi dengan klien.
- e. Kemampuan mengambil keputusan dalam memodifikasi pelaksanaan.

- f. Kemampuan untuk menjamin kenyamanan dan keamanan serta efektivitas tindakan.

2.4.5 Evaluasi

Dalam buku “Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan: Konsep Dasar Keperawatan”, Budiono (2016; 250) menjelaskan proses evaluasi yang dapat dilakukan oleh perawat pada saat memberikan asuhan keperawatan pada klien, seperti hal berikut:

- a. Evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan, berorientasi pada etiologic, dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.
- b. Evaluasi Hasil (Sumatif), evaluasi yang dilakukan setelah akhir Tindakan keperawatan secara paripurna, berorientasi pada masalah keperawatan menjelaskan keberhasilan / ketidakberhasilan, rekapitulasi dan Kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan. Komponen format yang sering digunakan oleh perawat dalam proses evaluasi asuhan keperawatan adalah penggunaan formula SOAP atau SOAPIER.

2.4.6 Evidence Based Practice

Tabel 2.2 *Evidence Based Practice*

Jurnal	Tujuan	Metode	Hasil
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi Laparotomi Hernia Inguinalis Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman (Nyeri Akut) Dengan Terapi Foot Massage Penulis : Puspita Hana Larasati, Meri Oktaviani, S.Kep.,NS.,M.Kep	Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui efektifitas terapi <i>Foot Massage</i> pada pasien <i>post operasi</i> <i>Laparotomi Hernia Inguinalis</i> . Penulis : Puspita Hana Larasati, Meri Oktaviani, S.Kep.,NS.,M.Kep	Desain penelitian ini quasi eksperimen rancangan pre and post test without control. Penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan metode pendekatan studi kasus. Subjek dalam studi kasus	Hasil studi menunjukkan bahwa pengelolaan asuhan keperawatan pada pasien <i>post operasi Laparotomi Hernia Inguinalis</i> dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman dengan masalah keperawatan nyeri akut yang dilakukan tindakan keperawatan terapi

Tahun : 2021		ini adalah satu orang pasien dengan <i>post</i> operasi Laparotomi Hernia Inguinalis di ruang Cempaka 2 RSUD Karanganyar.	<i>Foot Massage</i> selama 3 hari didapatkan hasil terjadi penurunan tingkat nyeri dari skala 5 ke skala 1.
Judul : <i>Analisis Asuhan Keperawatan Pada Ny.A Dengan Post Operasi Laparotomi et Appenditis Dengan Penerapan Foot Massage Terhadap Penurunan Nyeri Di Ruang Rawat Inap RSU Holistic Ourwakarta</i>	Menganalisis penerapan <i>foot massage</i> dalam asuhan keperawatan untuk menurunkan nyeri pada pasien yang dioperasi laparotomi.	Studi kasus dengan pendekatan deskriptif analitik. Pengumpulan data meliputi observasi langsung, wawancara, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, dan tinjauan literatur.	Skala nyeri pasien turun dari 4 menjadi 2 setelah 3 hari intervensi. Terjadi peningkatan mobilitas fisik, penurunan kecemasan, perbaikan pola tidur, serta tidak ditemukan tanda infeksi pada luka operasi.
Penulis : Salmah Isma, Octovia Lisbet			
Tahun : 2025			
Judul : <i>Efektivitas Terapi Foot Massage Dalam Mengurangi Nyeri Pada Pasien Post-Histerektomi Dengan Mioma Uteri</i>	Untuk mengevaluasi efektivitas terapi <i>foot massage</i> dalam mengurangi nyeri pada pasien pasca histerektomi dengan mioma uteri	Studi ini menggunakan desain deskriptif dengan pendekatan studi kasus asuhan keperawatan selama 3 hari dengan intervensi terapi <i>foot massage</i> selama 15 menit kepada subjek studi kasus yang dievaluasi menggunakan Numeric Rating Scale.	Studi ini menggunakan desain deskriptif dengan pendekatan studi kasus asuhan keperawatan selama 3 hari dengan intervensi terapi <i>foot massage</i> selama 15 menit kepada subjek studi kasus yang dievaluasi menggunakan Numeric Rating Scale.
Tahun : 2024			

Pembahasan Jurnal

Jurnal 1

Hasil Penelitian pada jurnal 1 implementasi dilakukan selama 3x24 jam pada tanggal 22 februari 2021 sampai 24 februari 2021, didapatkan hari pertama skala nyeri pasien adalah 5 (nyeri sedang), Setelah intervensi terapi *foot massage* selama 15 menit per hari, pada hari ketiga, skala nyeri menurun menjadi 1 (nyeri ringan). Penurunan ini menunjukkan bahwa terapi *foot massage* memiliki dampak yang nyata dan efektif terhadap pengurangan nyeri pada pasien *post operasi*, terutama dalam menangani masalah utama pada pasien yaitu nyeri akut.

Jurnal 2

Hasil penelitian pada jurnal 2 Tindakan keperawatan dilakukan selama 3 hari perawatan dengan durasi 15-20 menit, bertujuan agar tingkat nyeri menurun dengan hasil yan didapat keluhan nyeri menurun dengan skala ringan 2 dari skala 4 sedang (1-10), raut wajah menjadi rileks, gelisah menurun (pasien menjadi tenang), kualitas tidur membaik dengan waktu tidur ± 7-8 jam, dan tanda-tanda vital membaik. Hal ini menunjukan bahwa terapi *Foot massage* efektif sebagai terapi komplementer dalam menurunkan nyeri pasca operasi laparotomi.

Jurnal 3

Hasil penelitian pada jurnal 3 pemberian terapi *foot massage* pasien diberikan terapi *foot massage* selama tiga hari dengan durasi 10-15 menit dengan durasi intervensi yang konsisten setiap hari. Hasil evaluasi intervensi pada hari pertama didapatkan bahwa pasien mengatakan setelah diberikan terapi *foot massage* nyeri berkurang dari skala 9 menjadi skala 8 namun masih tergolong nyeri berat dan masih meringis kesakitan pada hari kedua didapatkan bahwa pasien mengatakan setelah diberikan terapi *foot massage* nyeri berkurang dari skala 9 menjadi skala 7, pasien masih meringis kesakitan namun

saat diberikan terapi *foot massage* terlihat nyaman dan rileks. pada hari ketiga didapatkan bahwa pasien mengatakan setelah diberikan terapi *foot massage* nyeri berkurang dari skala 6 menjadi skala 4. Pasien mengatakan pada hari ketiga nyerinya sudah mulai berkurang perlahan-lahan Hasil evaluasi menunjukkan bahwa skala nyeri pasien yang semula berada pada angka 9 (nyeri berat) menurun menjadi skala 4 (nyeri sedang) setelah hari ketiga intervensi. Penurunan ini mencerminkan keberhasilan intervensi keperawatan dalam menurunkan persepsi nyeri pasien