

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis

1. Definisi hernia

Hernia didefinisikan sebagai penonjolan abnormal organ intra abdominal melalui suatu defek bawaan atau yang didapat. Bila organ intra abdominal yang masih terbungkus peritoneum parietal keluar dari rongga abdomen dan tampak pada permukaan tubuh maka disebut hernia eksternal. Sedangkan hernia internal adalah penonjolan organ intra abdominal melalui fossa atau lobang yang ada di dalam rongga abdomen. Hernia merupakan penonjolan isi rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan. Berdasarkan terjadinya, hernia dibagi atas hernia bawaan atau kongenital dan hernia didapat atau akuisita. Berdasarkan letaknya, hernia diberi nama sesuai dengan lokasi anatominya, seperti hernia diafragma, inguinal, umbilikalis, femoralis, insisional, epigastrika, dan hiatus. (Syamsuhidajat, 2012).

Hernia sering terjadi dan muncul sebagai tonjolan dilipatan paha atau skrotum. Biasanya orang awam menyebutnya turun berok atau hernia. Menurut gejalanya, hernia dapat dibedakan antara: reponibel, ireponibel, inkarserata, strangulata. Hernia reponibel adalah suatu hernia dengan isi hernia yang bisa keluar masuk dari rongga abdomen ke kantong hernia dan sebaliknya, sedangkan pada hernia ireponibel, isi hernia tidak bisa masuk atau dimasukkan ke dalam rongga abdomen. Hernia inkarserata adalah hernia ireponibel ditambah jepitan usus sehingga memberikan tanda-tanda ileus obstruktivus. Dan hernia strangulata adalah hernia ireponibel ditambah dengan tanda-tanda gangguan sirkulasi lokal daerah hernia karena ada iskemi atau nekrosis dari isi hernia, disini benjolan akan terasa nyeri, tegang, edema atau bahkan tanda infeksi. (Nurarif & kusuma, 2016).

Herniorafi adalah operasi hernia yang terdiri dari operasi herniotomy dan hernioplasty. Herniotomy adalah tindakan membuka kantong hernia,

memasukkan kembali isi kantong hernia ke rongga abdomen, serta mengikat dan memotong kantong hernia. Sedangkan hernioplasty adalah tindakan memperkuat daerah defek, misalnya pada hernia inguinalis, tindakannya memperkuat cincin inguinalis internal dan memperkuat dinding posterior kanalis inguinalis. Hernia inguinalis adalah hernia yang paling umum terjadi dan muncul pada kasus-kasus pembedahan sebagai tonjolan dibawah perut dan skrotum, orang biasa menyebutnya turun berok. Hernia inguinalis terjadi ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos kebawah melalui anulus inguinalis internus yang terletak di sebelah lateral vasa epigastrika inferior, menyusuri kanalis dan keluar ke rongga perut melalui anulus inguinalis eksternus. Biasanya benjolan tersebut muncul kecil dibawah perut, lembut, dan nyeri diarea benjolan saat diraba/ ditekan. (Siti Aisyah, dkk 2013)

2. Tanda dan gejala

Pada umumnya keluhan orang dewasa berupa benjolan di inguinalis yang timbul pada waktu mengedan, batuk atau mengangkat beban berat dan menghilang pada waktu istirahat berbaring. Pada inspeksi perhatikan keadaan simetris pada kedua inguinalis, skrotum, atau labia dalam posisi berdiri dan berbaring. Pasien diminta mengedan atau batuk sehingga adanya benjolan atau keadaan simetris dapat dilihat. Palpasi dilakukan dalam keadaan ada benjolan hernia, diraba konsistensinya, dan dicoba mendorong apakah benjolan dapat direposisi. Setelah benjolan dapat direposisi dengan jari telunjuk, kadang cincin hernia dapat diraba berupa annulus inguinalis yang melebar (Diyono, 2010). Tanda dan gejala (Haryono, 2012) antara lain :

- a. Tampak benjolan diperut bagian bawah/ dilipatan paha/ skrotum
- b. Bila isinya terjepit akan menimbulkan perasaan sakit ditempat itu disertai perasaan mual.
- c. Bila terjadi hernia inguinalis strangulate perasaan nyeri akan bertambah hebat disertai kulit diatasnya menjadi merah dan panas
- d. Hernia femoralis kecil mungkin berisi dinding kandung kencing

sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (disuria) disertai hematuria (kencing darah), benjolan dibawah sela paha.

- e. Hernia diafragmatika menimbulkan perasaan sakit didaerah perut disertai sesak nafas.
- f. Bila pasien mengejan atau batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar.

3. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada hernia menurut Nurarif & Kusuma (2016) antara lain :

- a. Hitungan darah lengkap dan serum elektrolit dapat menunjukkan hemokonsentrasi atau peningkatan hematokrit, peningkatan sel darah putih dan ketidak seimbangan elektrolit pada hernia.
- b. Sinar X abdomen dapat menunjukkan abnormalnya kadar gas dalam usus atau obstruksi usus.

4. Penatalaksanaan

Sjamsuhidayat, (2012) menyatakan penatalaksanaan medis antara lain :

- a. Terapi umum

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

- b. Reposisi

Tindakan memasukkan kembali isi hernia ketempatnya semula secara hati-hati dengan tindakan yang lembut tetapi pasti. Tindakan ini di hanya dapat dilakukan pada hernia repobilis dengan menggunakan kedua tangan. Tangan yang satu melebarkan leher hernia sedangkan tangan yang lain memasukkan isi hernia

melalui leher hernia tadi. Tindakan ini terkadang dilakukan pada hernia irreparabilis apabila pasien takut operasi, yaitu dengan cara : bagian hernia di kompres dingin, penderita di beri penenang valium 10 mg agar tidur, pasien di posisikan trandelenberg. Jika posisi tidak berhasil jangan dipaksa, segera lakukan operasi.

c. Suntikan

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

d. Sabuk hernia

Digunakan pada pasien yang menolak operasi dan pintu hernia relative kecil.

e. Tindakan operasi yang merupakan satu-satunya yang rasional

f. Hernioplastik endoscopy

Untuk pengobatan pada hernia, antara lain :

a. Pengobatan konservatif

Terbatas pada tindakan melakukan reposisi dan pemakaian penyangga atau penunjang untuk mempertahankan isi hernia inguinalis. Reposisi tidak dilakukan pada hernia strangulate, kecuali pada pasien anak-anak. Reposisi dilakukan secara bimanual, tangan kiri memegang isi hernia membentuk cocor sedangkan tangan kanan mendorongnya ke arah cincin hernia dengan tekanan lambat tapi menetap sampai terjadi reposisi. Dilakukan dengan menidurkan pasien dengan pemberian sodatif dan kompres es diatas hernia. Bila reposisi ini berhasil pasien disiapkan untuk operasi besok harinya. Jika reposisi hernia tidak berhasil, dalam waktu enam jam harus dilakukan operasi segera.

b. Pengobatan operatif

Merupakan satu-satunya pengobatan hernia inguinalis yang rasional. Indikasi operatif sudah ada begitu diagnosis ditegakkan. Prinsip dasar operasi hernia terdiri dari herniotomy dan hernioraphy.

c. Herniotomy

Dilakukan pembedahan kantong hernia sampai kelehernya. Kantong dibuka dan isi hernia di bebaskan kalau ada perlengketan, kemudian reposisi, kantong hernia dijahit, ikat setinggi mungkin lalu potong

d. Hernioraphy

Dilakukan tindakan kecil annulus inguinalis internus dan memperkuat dinding belakang kanalis inguinal.

B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan (Nyeri Akut)

1. Pengertian

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

Menurut PPNI (2017) Nyeri Akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2. Data mayor dan data minor

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

a. Gejala dan Tanda Mayor

- 1) Subjektif : pasien mengeluh nyeri
- 2) Objektif :
 - a) tampak meringis,
 - b) bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
 - c) gelisah,
 - d) frekuensi nadi meningkat,
 - e) sulit tidur.

b. Gejala dan Tanda Minor

- 1) Subjektif : tidak tersedia
- 2) Objektif :
 - a) tekanan darah meningkat,
 - b) pola napas berubah,
 - c) nafsu makan berubah,
 - d) proses berfikir terganggu,
 - e) menarik diri,
 - f) berfokus pada diri sendiri,
 - g) diaphoresis.

3. Faktor penyebab

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

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

4. Penatalaksanaan

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

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

a. Distraksi

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

Macam - macam distraksi antara lain:

1) Distraksi visual

Melihat pertandingan, menonton televisi, membaca koran, melihat pemandangan dan gambar.

2) Distraksi pendengaran

Diantaranya mendengarkan musik yang disukai, atau suara burung serta gemericik air. Individu dianjurkan untuk memilih musik yang tenang dan disukai, dan diminta untuk berkonsentrasi pada lirik dan irama lagu. Klien juga diperbolehkan untuk menggerakkan tubuh mengikuti irama lagu seperti bergoyang, mengetuk jari atau kaki.

Menurut (Salampessy, 2004) dalam Madesti, 2013 salah satu teknik distraksi yang sering digunakan adalah dengan terapi musik, terapi musik telah dikenal sejak 550 tahun Masehi, dan ini dikembangkan oleh Pythagoras dari Yunani. Berdasarkan Penelitian di University Of New York di Buffalo, sejak mereka menggunakan teknik terapi musik kebutuhan akan obat penenang pun turun drastis hingga 50%. Musik juga merangsang pelepasan hormon endorfin, hormon tubuh yang memberikan perasaan senang yang berperan dalam penurunan

nyeri sehingga musik dapat digunakan untuk mengalihkan rasa nyeri sehingga pasien merasa nyeri nya berkurang.

3) Distraksi pernafasan

Bernafas ritmik anjurkan klien untuk memandangi fokus pada suatu objek atau memejamkan mata dan melakukan inhalasi perlahan melalui hidung dengan hitungan dari satu sampai empat dan kemudian menghembuskan nafas melalui mulut secara perlahan sampai menghitung satu sampai empat (dalam hati).Anjurkan klien untuk untuk berkonsentrasi pada sensasi pernafasan dan terhadap gambar yang memberi ketenangan.Lanjutkan teknik ini hingga terbentuk pola pernafasan yang ritmik.

4) Distraksi intelektual

Antara lain dengan mengisi teka-teki silang, bermain kartu, melakukan kegemaran (ditempat tidur) seperti mengumpulkan perangko, menulis cerita.

5) Teknik pernafasan

Seperti bermain, menyanyi, menggambar, atau sembahyang.

6) Imajinasi terbimbing

Adalah kegiatan klien membuat suatu bayangan yang menyenangkan, dan mengonsentrasikan diri pada bayangan tersebut serta berangsur - angsur membebaskan diri dari perhatian terhadap nyeri. Sebagai contoh: perintahkan klien untuk menutup mata dan membayangkan atau menggambarkan hal yang menyenangkan, ketika klien menggambarkan bayangannya tanyakan tentang suara, cahaya, benda yang tampak dan bau - bauan yang terbayangkan. Minta klien untuk menggambarkan dengan lebih rinci.

7) Teknik lain

Teknik lain yang dapat digunakan adalah menginstruksikan klien untuk melakukan nafas ritmik, lalu klien diminta untuk membayangkan bahwa setiap nafas yang dihembuskan menyebabkan ketegangan dan ketidaknyamanan

dikeluarkan. Setiap kali melakukan inhalasi, klien harus membayangkan energi penyembuhan dialirkan ke bagian tubuh yang mengalami nyeri.

b. Relaksasi

Relaksasi otot rangka dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merelaksasikan ketegangan otot yang mendukung rasa nyeri. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa relaksasi efektif dalam menurunkan nyeri pre maupun pasca operasi. Teknik relaksasi ini perlu diajarkan beberapa kali agar mencapai hasil yang optimal. Klien yang telah mengetahui teknik ini mungkin hanya perlu diinstruksikan menggunakan teknik relaksasi untuk menurunkan atau mencegah meningkatnya nyeri.

Teknik relaksasi kompres hangat adalah salah satu tindakan dalam manajemen nyeri (PPNI,2018). Kompres hangat adalah metode pemeliharaan suhu tubuh dengan menggunakan cairan atau alat yang dapat menimbulkan hangat dan merelaksasi pada bagian tubuh yang memerlukan. Adapun prosedur dalam pemberian kompres hangat, yaitu menyiapkan lingkungan pasien, siapkan cairan panas (suhu 46,5 - 51,5 °C), masukkan cairan hangat kedalam wadah buli-buli/ *hot water bag* dan tutup rapat, atur pasien dalam posisi supine, letakkan buli-buli disamping kanan kiri badan pasien, dan didaerah yang nyeri, mengobservasi respon pasien, memberikan kesempatan pasien untuk menanyakan hal-hal yang belum jelas, memberikan kesempatan pada pasien untuk mendemonstrasikan tindakan kompres hangat, ulangi pengisian cairan hangat setiap 20 menit karena panas buli-buli bertahan selama 20 menit serta ukur suhu tubuh pasien sebelum dan sesudah tindakan (Marta, 2013)



Gambar 2.1 Alat-alat untuk kompres hangat (Termometer air, Buli-buli dan Selimut)

Penelitian Hanifah, (2020) tentang efektifitas kompres hangat terhadap penurunan nyeri dismenorea dengan skala bourbanis pada remaja putri di SMPN 1 Kartoharjo Magetan. Penelitian ini merupakan yang bersifat eksperimen semu (*Quasi Experiment*). Rancangan penelitian ini menggunakan *one group pretest-posttest*. Besar sampel berdasarkan total populasi sejumlah 58 responden. Variabel bebas adalah Kompres Hangat. Variabel Terikat adalah Nyeri *Dismenorea*. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner. Analisis data menggunakan Uji *Paired Sample T-Test*. Pengukuran tingkat nyeri menggunakan skala *Bourbanis*. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa siswi sebelum diberikan kompres hangat didapatkan tingkat nyeri 4 dan 5 yang merupakan nyeri sedang setelah dilakukan intervensi mengalami penurunan menjadi 2 dan 3 (Nyeri ringan). Siswi dapat berperan aktif dalam membantu menanggulangi masalah nyeri haid utamanya pada remaja dengan melakukan kompres hangat, siswi bisa mengatasi pada saat nyeri haid dengan melakukan Kompres Hangat secara teratur pada saat *Dismenorea*

Berdasarkan penelitian Cahyaningsih, (2013) tentang pengaruh pemberian kompres hangat terhadap intensitas nyeri pada pasien hernia di RSUD Wates Kulon Progo dimana penelitian ini menggunakan desain *Quasy-eksperimen* dengan *pre-test and post-test with control group design*. Responden yang masuk dalam kriteria inklusi diambil 16 orang untuk masing-masing kelompok intervensi dan kontrol. Pengukuran skala nyeri menggunakan *Numerical Rating Scales*, dimana skala nyeri diukur sebelum dan setelah pemberian intervensi selama 2 hari, dimana setiap hari diberikan 2 kali intervensi. Analisis data menggunakan uji *Mann-Whitney U* dengan $p < 0,05$. Hasil uji *Mann-Whitney U* antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol diperoleh p value 0,000 ($< 0,05$). Rata-rata skala nyeri kelompok intervensi sebesar 3,38, ini lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol dimana rata-rata sebesar 4,71 (skala 1-10). Kesimpulan dari penelitian tersebut adalah teknik kompres hangat berpengaruh terhadap intensitas nyeri pada pasien hernia di RSUD Wates Kulon Progo .

Berdasarkan penelitian yovita (2017) tentang perbedaan efektifitas kompres dingin dan kompres hangat terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien pre operasi herniotomy di RSUD Waikabubak Sumba Barat – NTT, dimana penelitian ini menggunakan metode *experimental* dengan desain studi *true eksperimen* (*pretest-pretest* kontrol group design). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien *pre operasi Herniotomy* di RSUD Waikabubak Sumba Barat-NTT dan teknik sampling yang dipakai dalam penelitian ini teknik *purposive sampling* yaitu sebanyak 40 orang yang terdiri dari 20 orang pada kelompok kompres dingin dan 20 orang kelompok kompres hangat. Instrument dalam penelitian ini menggunakan kuesioner. Analisis yang digunakan adalah uji t-test. Hasil penelitian menunjukkan sebelum kompres dingin hampir seluruhnya dikategorikan nyeri berat sebanyak 19 orang (95,0%), kompres dingin sebagian besar responden dikategorikan nyeri ringan sebanyak 11 orang (55,5%), sebelum kompres hangat seseluruhnya responden dikategorikan nyeri berat sebanyak 20 orang (100%), kompres hangat setengah responden dikategorikan nyeri ringan sebanyak 10 orang (50%), hasil analisis ada efektifitas kompres dingin dan hangat terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien *pre operasi Hernia*. Hasil analisis juga didapatkan kompres hangat lebih efektif jika dibandingkan dengan kompres dingin.

C. Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Hernia

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah langkah awal dari tahapan proses yang harus memperhatikan data dasar sekunder dan primer. Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien supaya dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Informasi yang didapat dari klien adalah data primer, dan data yang didapat dari orang lain adalah data skunder, catatan kesehatan klien, informasi atau laporan laboratorium, tes diagnostic, keluarga dan orang yang terdekat atau

anggota tim kesehatan merupakan pengkajian data dasar. Pengkajian data dasar pada hernia antara lain. (Diyono, 2010) :

a. Anamnesis

1) Identitas Klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, no. register, tanggal MRS, Diagnosis medis.

2) Keluhan Utama

Pada umumnya keluhan utama pada kasus hernia adalah rasa nyeri. Nyeri tersebut bisa akut atau kronik tergantung dari lamanya serangan. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien pengkajian meliputi (P,Q,R,S,T):

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

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Pengumpulan data yang dilakukan untuk menentukan sebab dari hernia, yang nantinya membantu dalam membuat rencana tindakan terhadap klien. Ini bisa berupa kronologi terjadinya penyakit tersebut sehingga nantinya bisa ditentukan kekuatan yang terjadi dan bagian tubuh mana yang terkena.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab hernia dan memberi petunjuk berapa lama hernia tersebut akan sembuh. Apakah memiliki penyakit-penyakit lain seperti diabetes, hipertensi, dll.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan kongenital dan kebiasaan sering mengangkat beban-beban yang berat merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya hernia.

e. Riwayat Psikososial

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

f. Pola-Pola Fungsi Kesehatan

1) Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Pada kasus hernia akan timbul ketakutan akan terjadinya kecacatan pada dirinya dan harus menjalani penatalaksanaan kesehatan untuk membantu penyembuhan. Selain itu, pengkajian juga meliputi kebiasaan hidup klien seperti penggunaan obat pengkonsumsian alkohol yang bisa mengganggu keseimbangannya dan apakah klien melakukan olahraga atau tidak.

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Evaluasi terhadap pola nutrisi klien bisa membantu menentukan penyebab masalah dan mengantisipasi komplikasi dari nutrisi yang tidak adekuat terutama protein. Selain itu obesitas juga menghambat degenerasi dan mobilitas klien.

3) Pola Eliminasi

Untuk kasus hernia adalah terjadi konstipasi gangguan pada pola eliminasi, perlu juga dikaji frekuensi, konsistensi, warna serta bau feces pada pola eliminasi alvi. Sedangkan pada pola eliminasi uri dikaji frekuensi, kepekatannya, warna, bau, dan jumlah. Pola tidur dan istirahat semua klien hernia timbul rasa nyeri,

keterbatasan gerak, sehingga hal ini dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur klien. Selain itu juga, pengkajian dilaksanakan pada lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, dan kesulitan tidur serta penggunaan obat tidur.

4) Pola Aktivitas

Karena timbulnya nyeri, keterbatasan gerak, maka semua bentuk kegiatan klien menjadi berkurang dan kebutuhan klien perlu banyak dibantu oleh orang lain. Hal lain yang perlu dikaji adalah bentuk aktivitas klien terutama pekerjaan klien. Karena ada beberapa bentuk pekerjaan beresiko untuk terjadinya hernia dibanding pekerjaan yang lain.

5) Pola Hubungan dan Peran

Klien akan kehilangan peran dalam keluarga dan dalam masyarakat. Karena klien harus menjalani rawat inap.

6) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Dampak yang timbul pada klien hernia yaitu timbul ketakutan akan kecacatan, rasa cemas/ ansietas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan body image).

7) Pola Sensori dan Kognitif

Pada klien fraktur daya geraknya berkurang terutama pada bagian ekstrimitas bawah, begitu juga pada kognitifnya tidak mengalami gangguan. Selain itu juga, timbul rasa nyeri akibat hernia.

8) Pola Reproduksi Seksual

Dampak pada klien hernia yaitu, klien tidak bisa melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap dan keterbatasan gerak serta rasa nyeri yang dialami klien. Selain itu juga, perlu dikaji status perkawinannya termasuk jumlah anak, lama perkawinannya.

9) Pola Penanggulangan Stress

Pada klien fraktur timbul rasa cemas tentang keadaan dirinya, yaitu ketakutan timbul akan kecacatan pada diri dan fungsi tubuhnya. Mekanisme koping yang ditempuh klien bisa tidak efektif.

10) Pola Tata Nilai dan Keyakinan

Untuk klien hernia tidak dapat melaksanakan kebutuhan beribadah dengan baik terutama frekuensi dan konsentrasi. Hal ini bisa disebabkan karena nyeri dan keterbatasan gerak klien.

g. Pemeriksaan fisik

Dibagi menjadi dua jenis yaitu pemeriksaan umum (status generalisata) untuk mendapatkan gambaran umum dan pemeriksaan setempat (lokalis). Hal ini perlu untuk dapat melaksanakan total care karena ada kecenderungan dimana spesialisasi hanya memperlihatkan daerah yang lebih sempit tetapi lebih mendalam.

1) Gambaran Umum

Perlu menyebutkan:

- a) Keadaan umum: baik atau buruknya yang dicatat adalah tanda-tanda, seperti:
 - (1) Kesadaran penderita: apatis, sopor, koma, gelisah, komposmentis tergantung pada keadaan klien.
 - (2) Kesakitan, keadaan penyakit: akut, kronik, ringan, sedang, berat dan pada kasus hernia biasanya akut.
 - (3) Tanda-tanda vital tidak normal karena ada gangguan baik fungsi maupun bentuk.

2) Secara sistemik

B1-B6 merupakan pemeriksaan fisik yang mengacu pada tiap bagian organ yang meliputi :

- a) B1 (*breathing*) merupakan pengkajian bagian organ pernapasan.

- b) B2 (*blood*) merupakan pengkajian organ yang berkaitan dengan sirkulasi darah, yakni jantung dan pembuluh darah.
- c) B3 (*brain*) merupakan pengkajian fisik mengenai kesadaran dan fungsi persepsi sensori.
- d) B4 (*bladder*) merupakan pengkajian sistem urologi.
- e) B5 (*bowel*) merupakan pengkajian sistem digestive atau pencernaan.
- f) B6 (*bone*) merupakan pengkajian sistem muskuloskeletal dan integumen.

Seluruh rangkaian pemeriksaan fisik tersebut bisa dilakukan dengan I-P-P-A (inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi), kecuali bagian B5 yang dilakukan secara I-A-P-P. Karena jika dilakukan perkusi dan palpasi sebelum diauskultasi pada bagian abdomen, dikhawatirkan akan mengubah frekuensi bising usus yang dievaluasi.

Inspeksi adalah melihat, palpasi adalah meraba, perkusi adalah mengetuk menggunakan jari, dan auskultasi adalah mendengar menggunakan stetoskop. Pengkajian dilakukan secara berurutan dan didokumentasikan pada lembar pengkajian.

3. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang actual atau potensial (Hidayat, 2021). Diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien pre operasi herniotomy adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis inflamasi atau iskemia jaringan di buktikan dengan gejala dan tanda mayor meliputi : pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur serta gejala dan tanda minor meliputi : Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan

berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis (PPNI, 2017)

4. Rencana Keperawatan

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2018) intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Adapun intervensi keperawatan yang diberikan sesuai dengan Diagnosis yang diprioritaskan ialah sebagai berikut:

Tabel 1
Rencana Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Pre Operasi Herniotomy

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	2	3
<p>Nyeri Akut</p> <p>Definisi:</p> <p>Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan</p> <p>Penyebab:</p> <p>Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemik, neoplasma)</p> <p>Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)</p> <p>Agen pencedera fisik</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 X 30 menit diharapkan Nyeri Akut Berkurang dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat nyeri :</p> <p>Keluhan nyeri (5)</p> <p>Meringis (5)</p> <p>Sikap protektif (5)</p> <p>Gelisah (5)</p> <p>Kesulitan tidur (5)</p> <p>Menarik diri (5)</p> <p>Berfokus pada diri sendiri (5)</p> <p>Diaforesis (5)</p> <p>Perasaan depresi (tertekan) (5)</p> <p>Perasaan takut mengalami cedera berulang (5)</p>	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <p>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>Identifikasi skala nyeri</p> <p>Identifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>Identifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri</p> <p>Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>Berikan teknik nonfarmakologis</p>

(mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebih)	Anoreksia (5)	untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, <i>biofeedback</i> , terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
Gejala dan Tanda Mayor	Perineum terasa tertekan (5)	Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
Subjektif	Uterus teraba membulat (5)	Fasilitas istirahat dan tidur
Mengeluh nyeri	Ketegangan otot (5)	Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
Objektif	Pupil dilatasi (5)	Edukasi
Tampak meringis	Muntah (5)	Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu
Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)	Mual (5)	Jelaskan strategi meredakan nyeri
Gelisah	Frekuensi nadi (5)	Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
Frekuensi nadi meningkat	Pola napas (5)	Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
Sulit tidur	Tekanan darah (5)	Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
Gejala dan Tanda Minor	Proses berpikir (5)	Kolaborasi
Subjektif	Fokus (5)	Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>
-	Fungsi kemih (5)	Pemberian Analgesik
Objektif	Perilaku (5)	Observasi
Tekanan darah meningkat	Nafsu makan (5)	Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)
Pola napas berubah	Pola tidur (5)	Identifikasi riwayat alergi obat
Nafsu makan berubah	Kontrol Nyeri	Identifikasi kesesuaian jenis analgesic (mis. Narkotika, non narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri
Proses berpikir terganggu	Melaporkan nyeri terkontrol (5)	Monitor tanda tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik
Menarik diri	Kemampuan mengenali onset nyeri (5)	Monitor efektifitas analgesik
Berfokus pada diri sendiri	Kemampuan mengenali penyebab nyeri (5)	Terapeutik
Diaforesis	Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis (5)	Diskusikan jenis analgesic yang
Kondisi klinis terkait	Dukungan orang terdekat (5)	
Kondisi pembedahan	Keluhan nyeri (5)	
Cedera traumatis	Penggunaan analgesic (5)	

Infeksi	disukai untuk mencapai analgesia optimal, <i>jika perlu</i>
Sindrom koroner akut	Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum
Glaukoma	Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien
	Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan
	Edukasi
	Jelaskan efek terapan dan efek samping obat
	Kolaborasi
	Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, <i>sesuai indikasi</i>

(PPNI, 2017),(PPNI, 2018),(PPNI, 2019)

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018). Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Hidayat, 2021).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Menurut Nursalam, 2011, evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu:

a. Evaluasi formatif

Hasil observasi dan analisis perawat terhadap respon segera pada saat dan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

b. Evaluasi sumatif

Merupakan evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP.

- 1) Subjektif : pasien tidak mengeluh nyeri
- 2) Objektif : pasien tidak meringis, Pasien tidak bersikap protektif, pasien tidak gelisah, ferkuensi nadi membaik, pasien tidak kesulitan tidur
- 3) Analisis : Nyeri akut berkurang
- 4) *Planning* : Lanjutkan Intervensi