

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia dan Intervensi Yang akan Diimplementasikan

1. Konsep penyakit: Hernia

a. Definisi hernia

Hernia didefinisikan sebagai isi rongga perut yang menonjol melalui defek atau bagian yang lemah dinding rongga yang terkena. Hernia berisikan atas cincin hernia, kantung hernia, dan isi hernia (Sjamsuhidajat, 2010 dalam Otto et al., 2023). Hernia merupakan penonjolan pada dinding perut atau dari rongga perut ke rongga tubuh lainnya (pinggul atau pelvis, dada atau toraks) yang dilapisi selaput dinding perut (peritoneum) menonjol, melalui bagian lemah dinding perut yang bisa berisi usus, penggantung usus, atau organ perut lainnya (Handaya, 2017 dalam (Rosdiana et al., 2023).

b. Etiologi

Faktor risiko terjadinya hernia antara lain (Sjamsuhidajat, 2010 dalam Otto et al., 2023) :

- 1) Kelemahan dari aponeurosis dan fasia transversalis
- 2) Terbukanya prosesus vaginalis baik karena kelainan konginetal maupun akuisita
- 3) Peningkatan tekanan intra abdomen secara kronik
- 4) Kelemahan dari otot dinding perut
- 5) Hancurnya jaringan penyambung karena degenerative
- 6) Pekerjaan yang memerlukan kekuatan tubuh

c. Klasifikasi

Jenis-jenis hernia diklasifikasikan menjadi beberapa bagian, yaitu (Otto et al., 2023):

1) Menurut letaknya

a) Hernia inguinalis

Adalah penonjolan viskus abdomen ke dalam prosesus vaginalis yang terbuka. Gejala yang mungkin muncul adalah sensasi

terbakar atau seperti dicubit di area selangkangan. Sensasi ini dapat menyebar ke skrotum atau ke bawah kaki (Putri et al., 2023).

b) Hernia umbilikalis

Hernia umbilikalis terjadi ketika sebagian usus menonjol melalui lubang di dinding perut dekat pusar. Kebanyakan hernia umbilikalis bersifat kongenital (muncul sejak lahir).

c) Hernia femoralis

Hernia yang terjadi ketika isi hernia masuk ke dalam kanalis femoralis yang berbentuk corong sejajar dengan vena femoralis sepanjang kurang lebih 2 cm dan keluar pada fosa ovalis.

d) Hernia diafragmatika

Hernia yang keluar melalui defek di linea alba antara umbilicus dan processus xifoideus.

e) Hernia epigastrik

Yaitu hernia yang disebabkan oleh menonjolnya jaringan lemak pada dinding abdomen, di antara pusar dan tulang dada bagian bawah.

f) Hernia insisional

Hernia Insisional terjadi pada atau di sekitar sayatan bedah sebelumnya berupa defek, kantung, kelemahan dinding dengan kantung yang dangkal sehingga isinya menonjol. Hernia insisional terjadi karena kegagalan dinding perut menutup dengan benar setelah prosedur bedah perut (Hope & Tuma, 2023).

2) Menurut sifatnya

a) Hernia inkarserata

Hernia inkarserata terjadi apabila isi hernia terjepit oleh cincin hernia sehingga isi kantong terperangkap dan tidak dapat kembali ke dalam rongga perut.

b) Hernia strangulata

Hernia strangulata merupakan kelanjutan dari hernia inkarserata yang mengalami edema sehingga mengganggu vaskularisasi dari usus atau bagian isi hernia.

c) Hernia reponibel

Hernia ini terjadi apabila isi hernia dapat keluar-masuk. Usus keluar ketika berdiri atau mengejan, dan masuk lagi ketika berbaring atau bila didorong masuk ke dalam perut.

d) Hernia irreponibel

Hernia yang terjadi apabila isi hernia tidak dapat direposisi kembali ke dalam rongga perut. Biasanya disebabkan oleh pelekatan isi kantong kepada peritoneum kantong hernia.

2. Konsep kebutuhan rasa aman nyaman: nyeri

a. Definisi nyeri

Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan, atau mirip dengan, kerusakan jaringan aktual atau potensial (*International Association for Study of Pain* (IASP), 2020). Nyeri merupakan pengingat potensi kerusakan, tidak adanya sistem ini akan menyebabkan kerusakan yang lebih luas. Tanda dan gejala muncul pada jaringan normal yang terpapar stimulus yang kuat biasanya menggambarkan intensitas, lokasi, dan durasi dari stimulus tersebut. Tiga jenis stimulus yang merangsang reseptor nyeri antara lain mekanis, suhu, dan kimiawi (Isro B., 2023).

b. Klasifikasi nyeri

Klasifikasi nyeri berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017), 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 tiga 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 onset yang tiba-tiba, dan berlokalisasi.

2) Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan 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 tiga bulan. Nyeri yang memanjang atau nyeri yang menetap setelah kondisi yang menyebabkan nyeri tersebut hilang.

c. Penyebab nyeri

Penyebab nyeri berdasarkan klasifikasi dari Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017), yaitu sebagai berikut:

1) Nyeri akut

- a) Agen pencedera fisiologis (infamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera fisik kimiawi (terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

2) Nyeri kronis

- a) Gangguan fungsi metabolik
- b) Gangguan imunitas (neuropati terkait HIV, virus *Varicella-zoster*)
- c) Infiltrasi tumor
- d) Kerusakan sistem saraf
- e) Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor
- f) Kondisi muskuloskeletal kronis
- g) Kondisi pasca trauma
- h) Penekanan saraf
- i) Peningkatan indeks massa tubuh
- j) Riwayat penganiyaan (fisik, psikologis, seksual)

- k) Riwayat penyalahgunaan obat/zat
 - l) Riwayat posisi kerja statis
 - m) Tekanan emosional
- d. Tanda dan gejala nyeri

Tanda dan gejala nyeri menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017), antara lain:

Tabel 2.1 Tanda dan Gejala Nyeri (SDKI, 2017)

Jenis Nyeri	Tanda dan Gejala	
	Mayor	Minor
1) Nyeri akut	<p><i>Subjektif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri <p><i>Objektif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur 	<p><i>Subjektif:</i></p> <p>-</p> <p><i>Objektif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaphoresis
2) Nyeri kronis	<p><i>Subjektif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri 2. Merasa depresi (tertekan) <p><i>Objektif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Gelisah 3. Tidak mampu menuntaskan aktivitas 	<p><i>Subjektif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa takut mengalami cedera berulang <p><i>Objektif:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersikap protektif (posisi menghindari nyeri) 2. Waspada 3. Pola tidur berubah 4. Anoreksia 5. Fokus menyempit 6. Berfokus pada diri sendiri

- e. Mekanisme nyeri

Nyeri adalah gabungan dari respon fisik, emosional, dan perilaku. Stimulus nyeri mengirimkan impuls melalui serabut saraf perifer melalui medulla spinalis, batang otak, thalamus hingga korteks serebral.

Pesan nyeri berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor, mencegah stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak atau ditransmisi tanpa hambatan korteks serebral. Stimulus nyeri sampai di korteks serebral maka otak akan menginterpretasikan kualitas nyeri dan memproses informasi tentang pengalaman dan pengetahuan dalam upaya mempersepsikan nyeri (Adi S., 2023).

f. Pengkajian nyeri

Komponen penting dari proses penilaian nyeri meliputi penentuan lokasi, intensitas, durasi, faktor yang meringankan (obat-obatan herbal, alcohol, dsbnya) dan faktor yang memperberat, serta faktor yang berhubungan (seperti mual, muntah, konstipasi, kebingungan, atau depresi). Pengkajian nyeri biasanya dilakukan melalui pendekatan “*PQRST: Provokes and Palliates, Quality, Region and Radiation, Severity, and Time (Temporal)*” (Pratidina S. & Besthadi S., 2022).

Tabel 2.2 Pengkajian *PQRST*

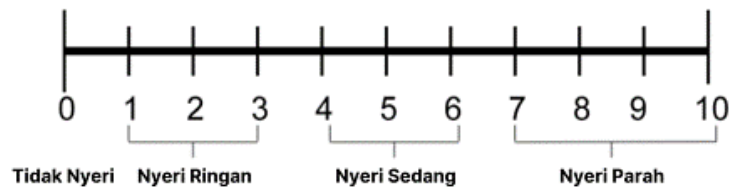
Indikator	Deskripsi	Pertanyaan Pengkajian
P (<i>Provoke, Palliate</i>)	Pengkajian untuk menentukan faktor pencetus nyeri	– Apa penyebab nyeri? – Apa yang membuat nyeri memburuk atau berkurang?
Q (<i>Quality</i>)	Pengkajian kualitas nyeri yang dirasakan atau digambarkan pasien	– Seperti apa nyeri tersebut? – Apakah tajam, seperti tertusuk, terbakar, tersayat, diremas?
R (<i>Region, Radiation</i>)	Pengkajian untuk menentukan area atau lokasi nyeri	– Dimana lokasi nyerinya? – Apakah nyeri menjalar? – Kemana menjalarnya nyeri tersebut?
S (<i>Severity, Scale</i>)	Pengkajian seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan	– Seberapa berat nyeri yang dirasakan? (Tunjukkan dalam skala nyeri)
T (<i>Time</i>)	Berapa lama nyeri berlangsung	– Kapan nyeri dimulai? – Kapan nyeri muncul? – Apakah ada periode bebas nyeri?

g. Skala nyeri

Beberapa jenis skala nyeri yang dapat membantu mengetahui akibat nyeri menggunakan skala *assessment* intensitas nyeri, antara lain (Tjahya & Mardana, 2019):

1) *Numerical Rating Scales (NRS)*

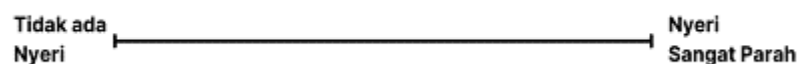
NRS merupakan alat ukur nyeri yang unidimensional yang berbentuk horizontal dari 1-10 menunjukkan nyeri berat. Pengukuran nyeri dilanjutkan dengan menganjurkan pasien menyebutkan angka dimana skala nyeri dirasakan, selanjutnya diinterpretasikan langsung.



Gambar 2.1 *Numerical Rating Scales*

2) *Visual Analog Scale (VAS)*

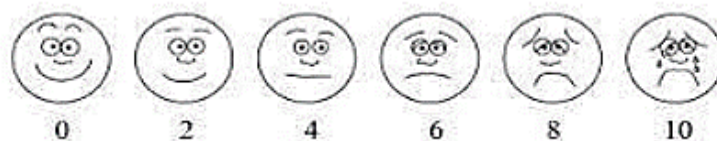
VAS merupakan metode pengukuran skala linier yang menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien, menilai nyeri dengan skala kontinu dengan garis horizontal, pengukuran dilakukan dengan menganjurkan pasien untuk memberikan tanda pada garis lurus yang telah disediakan dan memberikan tanda titik dimana skala nyeri pasien dirasakan.



Gambar 2.2 *Visual Analog Scale*

3) *Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*

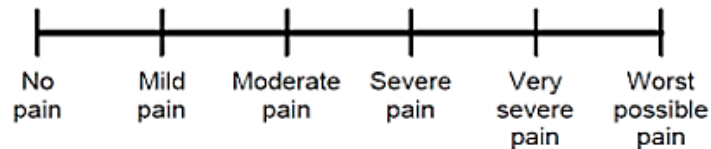
Skala wajah ini digunakan dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa menanyakan keluhannya. Berikut skala nyeri yang dinilai berdasarkan ekspresi wajah (Isro B., 2023).



Gambar 2.3 *Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*

4) *Verbal Rating Scale (VRS)*

Skala numerik verbal ini menggunakan kata- kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/ nyeri hilang sama sekali.



Gambar 2.4 *Verbal Rating Scale*

h. Penatalaksanaan nyeri pada pasien *post op* Hernia Insisional

Manajemen nyeri adalah salah satu bagian dari disiplin ilmu medis yang berkaitan dengan upaya-upaya menghilangkan nyeri. Manajemen nyeri yang tepat haruslah mencakup penanganan secara keseluruhan, tidak hanya terbatas pada pendekatan farmakologi saja, karena nyeri juga dipengaruhi oleh emosi dan tanggapan individu terhadap dirinya (Adi S., 2023).

Penatalaksanaan nyeri pada pasien *post* operasi hernia dapat dilakukan melalui terapi farmakologi maupun terapi non farmakologis. Terapi farmakologis yaitu pemberian obat-obatan analgesik dan penenang. Terapi non farmakologis yaitu tindakan mandiri keperawatan yang diaplikasikan dalam manajemen nyeri *post* operasi hernia insisional diantaranya kompres dingin dan hangat, hypnosis, terapi distraksi, terapi musik, terapi *Spiritual Emosional Freedom Teqnique* (SEFT), dan teknik relaksasi. Salah satu teknik relaksasi yang mudah dilakukan, tidak membutuhkan biaya dan konsentrasi yang tinggi, serta bisa dilakukan secara mandiri yaitu teknik relaksasi napas dalam (Febriawati et al., 2023). Penatalaksanaan nyeri *post op* secara non farmakologi bukan sebagai pengganti utama terapi analgesik yang telah diberikan, namun sebagai terapi pelengkap untuk mengurangi nyeri setelah operasi. Kombinasi penatalaksanaan secara farmakologis dan

non farmakologis merupakan cara terbaik untuk mengontrol nyeri *post* operasi (Jati K., 2020).

3. Konsep Relaksasi Napas Dalam

a. Definisi Relaksasi Napas Dalam

Relaksasi adalah salah satu teknik di dalam terapi perilaku yang bertujuan membebaskan mental dan fisik dari ketegangan atau stress. Relaksasi bertujuan meningkatkan aliran darah sehingga suplai oksigenasi ke area nyeri meningkat (Isro B., 2023). Teknik relaksasi dapat mengurangi ketegangan otot, kejenuhan, kecemasan, dan mencegah peningkatan intensitas nyeri. Teknik relaksasi adalah pernapasan abdomen dengan frekuensi lambat dan berirama (Tri & Niken, 2019).

Teknik relaksasi napas dalam adalah suatu tindakan terapeutik keperawatan, dalam hal ini perawat mengajarkan pasien bagaimana melakukan teknik nafas dalam dan lambat (menahan inspirasi secara maksimal), serta cara menghembuskan nafas secara perlahan. Teknik relaksasi napas dalam ini selain mengurangi intensitas nyeri *post* operasi, juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigen dalam darah (Asman & Maifita, 2019).

b. Manfaat Relaksasi Napas Dalam

Manfaat dari teknik relaksasi napas dalam antara lain (Tri & Niken, 2019):

- 1) Mendapatkan perasaan tenang dan nyaman
- 2) Mengurangi rasa nyeri
- 3) Melemaskan otot untuk menurunkan ketegangan dan kejenuhan yang menyertai nyeri
- 4) Mengurangi kecemasan yang memperburuk persepsi nyeri
- 5) Mendistraksi atau mengalihkan perhatian agar tidak berfokus pada rangsangan nyeri

Relaksasi napas dalam ini selain memiliki beberapa manfaat, juga memiliki keuntungan yang didapatkan antara lain:

- 1) Dapat dilakukan setiap saat, kapan saja, dan dimana saja

- 2) Prosedurnya mudah dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien tanpa alat/ media
 - 3) Tidak memerlukan biaya dan alat
 - 4) Merileksasikan otot-otot yang tegang
- c. Prosedur Relaksasi Napas Dalam

Tabel 2.3 Standar Operasional Prosedur Teknik Relaksasi Napas Dalam

Pengertian	Teknik Relaksasi Nafas Dalam adalah teknik yang berhubungan dengan perilaku manusia dan efektif untuk mengatasi nyeri akut terutama rasa nyeri yang diakibatkan oleh suatu prosedur pembedahan.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri 2. Merileksasikan ketegangan otot-otot 3. Meningkatkan ventilasi paru-paru 4. Meningkatkan oksigen dalam darah
Indikasi	Pasien yang mengalami nyeri akut
Persiapan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam, perkenalkan diri kepada klien dan keluarga. 2. Menjelaskan prosedur dan tujuan relaksasi nafas dalam kepada klien dan keluarga 3. Memberi kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya 4. Menciptakan lingkungan yang nyaman
Langkah Kerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menciptakan lingkungan yang tenang 2. Mengatur posisi klien agar rileks dan merasa tidak tertekan pada lokasi yang nyeri 3. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1 sampai 4 4. Menghembuskan udara secara perlahan-lahan melalui mulut sambil merasakan ekstrimitas atas dan bawah rileks melalui hitungan 5 sampai 8 5. Menganjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali 6. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan 7. Mengusahakan agar tetap konsentrasi/ mata sambil terpejam 8. Menganjurkan untuk mengulangi prosedur 3 - 5 kali sehari dan saat nyeri timbul

Evaluasi/Terminasi	1. Mengevaluasi hasil kegiatan dan respon klien sebelum dan setelah tindakan 2. Memberi reinforcement positif pada klien dan keluarga 3. Melakukan kontrak tindak lanjut sebelum menutup kegiatan
Dokumentasi	Mencatat tindakan yang sudah dilakukan, tanggal, jam pelaksanaan, serta respon pasien
Sumber	(Multazam et al., 2023)

B. Hasil Review Literatur

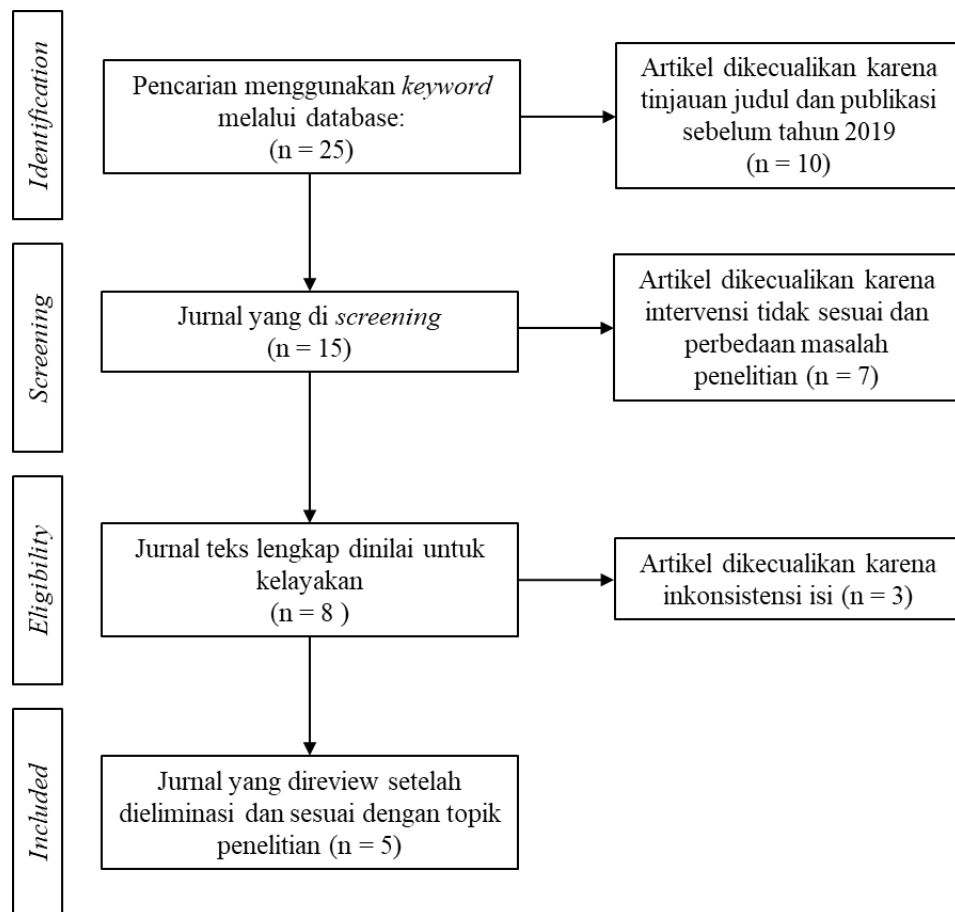
1. Pertanyaan klinis (PICO/PICOT)

Pertanyaan klinis PICO/PICOT mencakup aspek sebagai berikut:

- a. *Problem* : Nyeri pada pasien *post op* hernia insisional
- b. *Intervention* : Relaksasi napas dalam
- c. *Comparison* : Tidak ada intervensi pembanding
- d. *Outcome* : Penurunan intensitas nyeri
- e. *Time* : 3 kali sehari selama 3 hari

Sehingga didapatkan rumusan pertanyaan klinis dari permasalahan yang ditemukan yaitu “apakah teknik relaksasi napas dalam dapat menurunkan intensitas nyeri pada pasien *post op* Hernia Insisional?”

2. Metode penelusuran evidence



Gambar 2.5 Penelusuran Jurnal

Pencarian artikel menggunakan jurnal nasional dan internasional yang telah terpublikasi minimal 5 tahun terakhir. Cara penelusuran artikel diperoleh secara elektronik dengan kata kunci: relaksasi napas dalam, *slow deep breathing*, nyeri, *post op*, dan hernia insisional menggunakan database: *Google Scholar*, Garuda, *Science Direct*, dan *Pubmed*. Hasil pencarian melalui *Google Scholar* didapatkan 8 artikel, kemudian diambil 6 artikel yang sesuai dengan intervensi yang akan dilakukan, 5 artikel tidak digunakan karena perbedaan masalah penelitian. Penelusuran melalui Garuda didapatkan 3 artikel, kemudian diambil 2 artikel yang sesuai dengan intervensi. Dari 8 artikel diambil 5 artikel karena sesuai dengan intervensi dan masalah penelitian, disamping itu dikecualikan karena isi pembahasan tidak konsisten.

3. Hasil review jurnal

Tabel 2.4 Literatur Review

No	Title, Author, Year	Population	Intervention	Comparasion	Outcome	Time
1	<i>Effect of Deep Breathing Relaxation Techniques for Reducing Pain after Hernia Surgery in Inpatient of Regional Hospital Pariaman West Sumatera Indonesia</i> (Asman & Maifita, 2019)	Pasien bedah hernia di ruang rawat inap RSUD Provinsi Sumatera Barat sebanyak 10 responden (5 kelompok intervensi dan 5 kelompok kontrol)	Pasien diintruksi untuk menarik napas secara perlahan dan sedalam mungkin melalui hidung atau mulut untuk mengambil udara sebanyak mungkin ke dalam paru-paru, tahan napas untuk beberapa saat, lalu hembuskan udara secara perlahan melalui mulut hingga udara tersisa di paru-paru.	Terdapat kelompok kontrol yaitu kelompok yang tidak diberikan intervensi relaksasi napas dalam	Hasil penelitian ini didapatkan terdapat pengaruh teknik relaksasi napas dalam terhadap penurunan nyeri setelah operasi hernia pada pasien rawat inap pada kelompok intervensi, namun pada kelompok kontrol tidak terdapat pengaruh teknik relaksasi napas dalam terhadap penurunan nyeri pasca operasi hernia.	-
2	Terapi Relaksasi Nafas Dalam Dan Genggam Jari Pada Klien Post <i>Hernioraphy</i> Dengan Nyeri Akut (Widodo & Trisetya, 2022)	2 klien <i>post hernioraphy</i> di RSUD Dr. Soedirman Kebumen yang mengalami masalah keperawatan yang sama yaitu nyeri akut	Implementasi diberikan selama 3x24 jam. Pada hari pertama pemberian teknik relaksasi napas dalam dan genggam jari diaplikasikan pada waktu 6-7 jam setelah kedua klien selesai operasi <i>hernioraphy</i> , dimana klien telah pulih dan kooperatif serta sudah tidak begitu terpengaruh dengan obat obat anestesi. Kemudian dilanjutkan dengan memberikan teknik relaksasi napas dalam dan genggam jari pada waktu 4 jam selepas kedua klien diberikan obat analgesik	Tidak ada kelompok pembandingan	Hasil evaluasi selama 3 hari pada kedua klien setelah pemberian teknik nafas dalam menunjukkan adanya penurunan intensitas nyeri. Dibuktikan dengan Tn. S yang semula memiliki skala nyeri 6 berkurang menjadi skala 1 dan Tn. M yang awalnya memiliki skala nyeri 6 berkurang menjadi skala 2.	3 hari yaitu pada tanggal 7-9 Juli 2022

No	Title, Author, Year	Population	Intervention	Comparasion	Outcome	Time
3	<p>Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Sedang Di Rumah Sakit Umum Daerah Tanjungpinang</p> <p>(Multazam et al., 2023)</p>	<p>Populasi penelitian ini 40 responden pada pasien post operasi sedang di RSUD Tanjungpinang dengan teknik pengambilan sampel <i>accidental sampling</i>.</p>	<p>Mengajari teknik relaksasi napas dalam sesuai SOP kepada pasien sehari sebelum operasi dan dilakukan setelah operasi 1x24 jam dengan cara menganjurkan pasien melakukan teknik relaksasi nafas dalam sesuai SOP yaitu selama 5-10 menit dan diulang sebanyak 3-5 kali sehari.</p>	<p>Tidak ada kelompok pembanding</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum dilakukan teknik relaksasi napas dalam 40 responden mengalami tingkat nyeri sedang dengan 16 responden menggunakan analgesic ketorolax, 8 responden menggunakan analgesic tramadol, 5 respon menggunakan analgesic antrain, dan 1 responden menggunakan analgesic parasetamol drip. Setelah dilakukan teknik relaksasi napas dalam mengalami tingkat nyeri sedang 26 responden (65%), nyeri ringan 14 responden (35%).</p>	<p>Dilakukan dalam waktu 5-10 menit dan diulang 3-5 kali sehari.</p>
4	<p>Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pasien <i>Post Partum Sectio Caesarea</i> Di Ruang Rawat Nifas RSUD Sekarwangi Sukabumi</p> <p>(Susilawati et al., 2023)</p>	<p>Populasi penelitian ini yaitu pasien <i>post section caesarea</i> di Ruang Rawat Nifas RSUD Sekarwangi Cibadak Kabupaten Sukabumi berjumlah 36 responden yang dibagi menjadi 2 kelompok yaitu 18 responden kelompok intervensi dan 18 responden kelompok control.</p>	<p>Melakukan 1 siklus relaksasi nafas dalam selama 5-10 menit dengan frekuensi 3 sampai 5 kali dalam sehari pada pasien hari ke-0, 1, dan 2 pada kelompok intervensi. Instrumen pengukuran intensitas nyeri menggunakan skala pengukuran nyeri <i>Wong Baker Faces Pain Rating Scale</i>.</p>	<p>Terdapat kelompok kontrol yaitu kelompok yang tidak diberikan intervensi relaksasi napas dalam</p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa bahwa sebagian besar responden yang berada di RSUD Sekarwangi Cibadak Kabupaten Sukabumi sebelum diberikan teknik relaksasi nafas dalam pada kelompok intervensi memiliki intensitas nyeri sedang sebanyak 15 orang (83,3%) dan 3 orang memiliki intensitas nyeri berat sebanyak (16,7%). Setelah dilakukan intervensi didapatkan 3 orang (16,7%) nyeri ringan dan 15 orang (83,3%) tidak nyeri. Hal</p>	<p>Dilakukan selama 5-10 menit dengan frekuensi 3-5 kali sehari</p>

No	Title, Author, Year	Population	Intervention	Comparasion	Outcome	Time
					ini dapat disimpulkan terdapat pengaruh teknik relaksasi napas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri.	
5	Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Appendisit Di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu (Febriawati et al., 2023)	Pasien <i>Post Operasi Appendicitis</i> sebanyak 15 orang	Mengobservasi skala nyeri pasien post <i>Appendicitis</i> di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu sebelum dan sesudah diberikan Teknik relaksasi napas dalam dengan menggunakan instrument berupa panduan Standar Operasional Prosedur (SOP) tindakan relaksasi napas dalam	Tidak ada kelompok pembanding	Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat penurunan skala nyeri setelah diberikan intervensi teknik relaksasi napas dalam yaitu dengan rata-rata 3,20. Hal ini dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh Teknik relaksasi napas dalam terhadap penurunan nyeri pasien post operasi appendicitis di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu	-

C. Konsep Asuhan Keperawatan *Post Op* Hernia Insisional

Komponen dokumentasi asuhan keperawatan meliputi komponen isi dokumentasi dan komponen dalam konsep penyusunan dokumentasi. Komponen isi dokumentasi meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan evaluasi (Simanjutak, 2022).

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dari proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi selanjutnya akan menentukan diagnosis keperawatan. Pengkajian keperawatan *post op* meliputi anamnesis riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, pengkajian sosial, dan pemeriksaan diagnostik (Jati K., 2020).

a. Identitas pasien

Identitas pasien meliputi nama, tanggal lahir/ usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, suku/ bangsa, agama, alamat, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor rekam medik dan diagnosa medis.

b. Keluhan utama

Pasien *post* operasi hernia insisional akan mengeluh nyeri pada bekas operasi. Kualitas nyeri yang dialami pasien dapat dikaji dengan PQRST.

c. Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian yang ini mendukung keluhan utama yang memberikan pertanyaan tentang kronologi keluhan utama. Pengkajian yang didapat berupa gejala yang timbul yang mengganggu pasien sehingga dilakukan tindakan operasi.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Pengkajian yang mendukung dengan mengkaji apakah sebelumnya pernah menderita nyeri *post op* hernia atau penyakit lain yang menyebabkan pasien hingga dirawat.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Pengkajian penyakit yang pernah dialami keluarga. Penyakit hernia bukan penyakit keturunan, tetapi perlu menanyakan apakah

penyakit ini pernah dialami oleh anggota keluarga lainnya sebagai faktor predisposisi di dalam rumah.

f. Pengkajian aktivitas

Pengkajian kegiatan sehari-hari yang dilakukan di rumah atau pun di tempat kerja. Kebiasaan sosial yang meliputi pola hidup, pola nutrisi, pola eliminasi, istirahat tidur.

g. Pengkajian psiko-sosio-spiritual

Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat, serta dampaknya dalam kehidupan sehari-harinya baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat. Apakah ada dampak yang timbul pada klien yaitu timbul seperti ketakutan akan kecacatan, kecemasan, dan rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal.

h. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik merupakan proses pemeriksaan fisik dengan menggunakan metode *head to toe* yaitu dari ujung rambut hingga ujung kaki untuk menemukan tanda-tanda klinis atau kelainan pada suatu sistem. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan teknik inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi. Pemeriksaan fisik meliputi: keadaan umum, sistem pernapasan, sistem kardiovaskuler, sistem pencernaan, sistem perkemihan, sistem persyarafan, sistem penglihatan, sistem pendengaran, sistem muskuloskeletal, sistem integumen, dan sistem endokrin

i. Pemeriksaan diagnostik

- 1) USG untuk evaluasi hernia dinding perut (*Dynamic Ultrasonography Assessment for Hernia-DASH*).
- 2) *CT-Scan*: menentukan ukuran defek, mengidentifikasi isi hernia, dan menilai rongga perut untuk merencanakan perawatan bedah pada hernia kompleks.
- 3) MRI dapat digunakan untuk menilai hernia dinding perut
- 4) Pemeriksaan laboratorium: hemoglobin, elektrolit, urea darah

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan. Respon-respon tersebut merupakan reaksi terhadap masalah kesehatan dan proses kehidupan yang dialami klien (Isro B., 2023).

Diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada *Post Op Hernia Insisional* berdasarkan respon pasien yang disesuaikan dengan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik: prosedur operasi (SDKI D.0077)
- b. Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (SDKI D.0142)
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (SDKI D.0054)
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan neuromuskuler (SDKI D.0109)

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan SDKI (PPNI, 2017)	Tujuan dan Kriteria Hasil SLKI (PPNI, 2019)	Intervensi SIKI (PPNI, 2018)
1	<p>D.0077, Hal 172 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik: prosedur operasi</p> <p>Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan</p>	<p>L.08066, Hal 145 Tingkat nyeri</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan masalah tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Anoreksia menurun - Frekuensi nadi membaik - Pola napas membaik - Tekanan darah membaik 	<p>I.08238, Hal 201 Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitasnyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons 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 <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi relaksasi) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

No	Diagnosa Keperawatan SDKI (PPNI, 2017)	Tujuan dan Kriteria Hasil SLKI (PPNI, 2019)	Intervensi SIKI (PPNI, 2018)
			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	D.0142, Hal 304 Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif Definisi: Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik	L.14137, Hal 139 Tingkat Infeksi Setelah dilakukan intervensi keperawatan masalah tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: - Demam menurun - Kemerahan menurun - Nyeri menurun - Bengkak menurun - Cairan berbau busuk menurun - Kadar sel darah putih membaik	I.14539, Hal 278 Pencegahan Infeksi Observasi: - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar - Ajarkan etika batuk - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi - Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

No	Diagnosa Keperawatan SDKI (PPNI, 2017)	Tujuan dan Kriteria Hasil SLKI (PPNI, 2019)	Intervensi SIKI (PPNI, 2018)
3	<p>D.0054, Hal 124 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p> <p>Definisi: Keterbatasan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri</p>	<p>L.05042, Hal 65 Mobilitas Fisik</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan masalah mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstremitas meningkat - Kekuatan otot meningkat - Nyeri menurun - Kecemasan menurun - Kaku sendi menurun - Gerakan terbatas menurun - Kelemahan fisik menurun 	<p>I.05173, Hal 30 Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu - Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
4	<p>D.00109, Hal 240 Defisit perawatan diri berhubungan dengan neuromuskuler</p> <p>Definisi: Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri</p>	<p>L.11103, Hal 81 Perawatan Diri</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan masalah perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mandi meningkat - Kemampuan mengenakan pakaian meningkat - Kemampuan makan meningkat 	<p>I.11348, Hal 36 Dukungan Perawatan Diri</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia - Monitor tingkat kemandirian - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi)

No	Diagnosa Keperawatan SDKI (PPNI, 2017)	Tujuan dan Kriteria Hasil SLKI (PPNI, 2019)	Intervensi SIKI (PPNI, 2018)
		<ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat - Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat - Minat melakukan perawatan diri meningkat - Mempertahankan kebersihan diri meningkat - Mempertahankan kebersihan mulut meningkat 	<ul style="list-style-type: none"> - Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) - Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri - Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan - Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri - Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi: <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

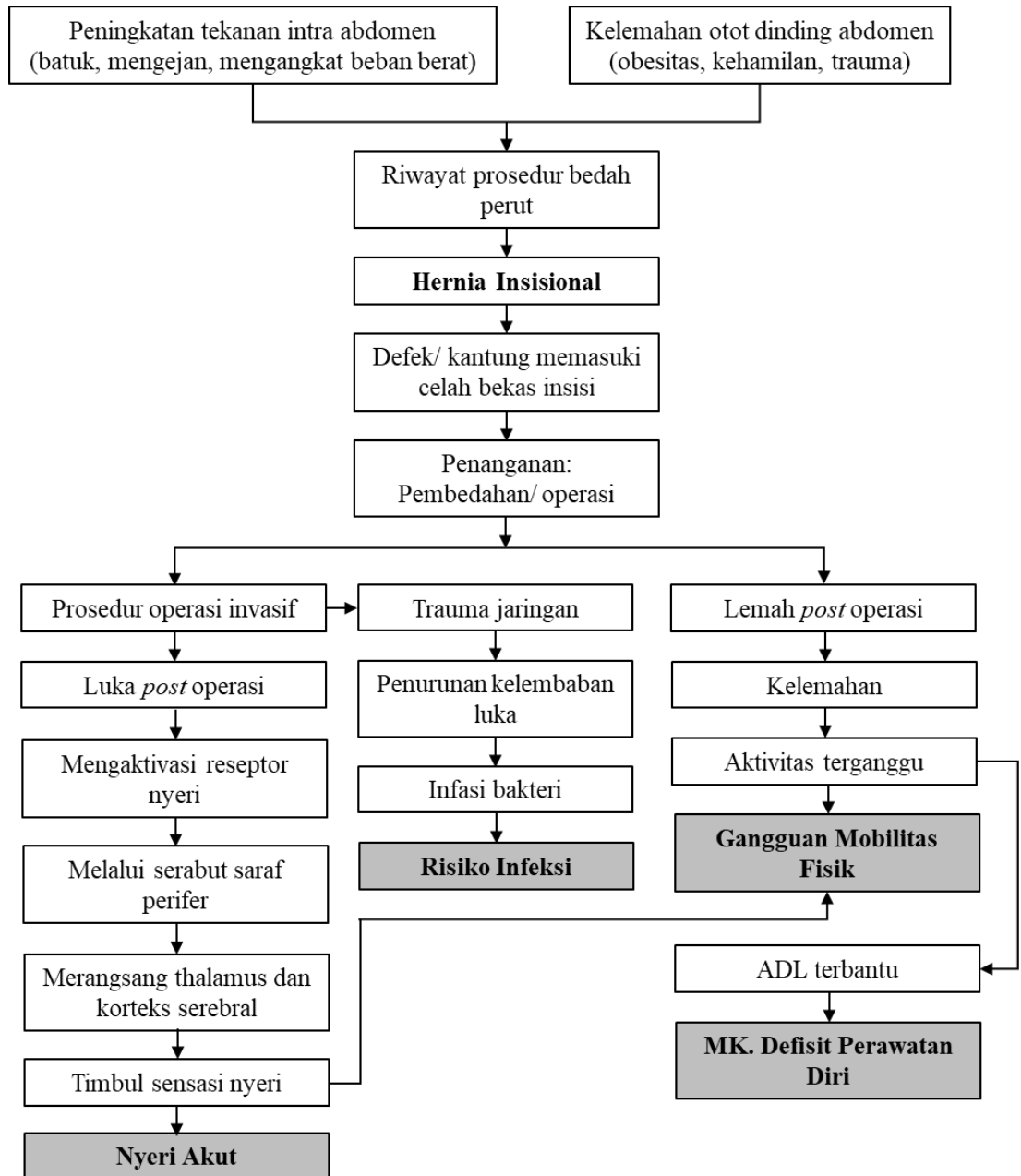
4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang baik sesuai kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Isro B., 2023). Salah satu implementasi pada pasien *post op* Hernia Insisional adalah melakukan teknik relaksasi napas dalam (*Slow Deep Breathing*). Teknik relaksasi napas dalam ini selain mengurangi intensitas nyeri *post* operasi, juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigen dalam darah (Asman & Maifita, 2019).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah suatu proses untuk menilai apakah asuhan keperawatan yang dilakukan berhasil atau masih harus dilanjutkan untuk mendapat hasil yang lebih baik dan mencapai target yang telah ditentukan. Evaluasi adalah perbandingan sistemik dan terperinci mengenai kesehatan klien dengan tujuan yang ditetapkan, evaluasi dilakukan berkesinambungan yang melibatkan klien dan tenaga medis lainnya. Evaluasi dalam keperawatan yaitu kegiatan untuk menilai tindakan keperawatan yang telah dipilih untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal dan mengukur dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan terdiri dari (Isro B., 2023):

- S (*Subjectif*) yang merupakan ungkapan perasaan dan keluhan secara subjektif oleh keluarga maupun pasien setelah diberi tindakan keperawatan.
- O (*Objective*) yang merupakan keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif.
- A (*Assesment*) yang merupakan analisa perawat setelah mengetahui respon pasien secara objektif dan subjektif.
- P (*Plan*) yang merupakan perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

6. *Web of Causation* (WOC)Gambar 2.6 *Web of Causation*

Sumber: (Hope & Tuma, 2023), (PPNI, 2017)