

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Asuhan Keperawatan Post Operasi Hernia Inguinalis**

##### **2.1.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan yang di angkat akan menentukan desain perencanaan yang di tetapkan. Selanjutnya tindakan keperawatan dan evaluasi mengikuti perencanaan yang dibuat. Oleh karena itu, pengkajian dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada pasien dapat diidentifikasi. Dalam pengkajian, terdapat sub tahapan yang meliputi pengumpulan data (macam dan sumber), teknik pengumpulan data, dan dokumentasi data (Rohmah, 2016).

Pada pasien post operasi hernia inguinalis yang dikaji pada saat pengkajian yaitu identitas pasien, riwayat kesehatan pasien (keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga), pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

##### **1. Data Identitas**

###### **a. Identitas Pasien**

Identitas pasien meliputi pengkajian nama, tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, suku/bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, tanggal/rencana operasi, nomer rekam medik, diagnose medis, dan alamat.

b. Identitas Penanggung Jawab

Identitas penanggung jawab meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan pekerjaan, hubungan dengan pasien dan alamat.

2. Keluhan Utama

Keluhan utama yang dirasakan pasien post operasi hernia nyeri daerah luka operasi pada lipat paha atau pada sekitar abdomen kuadran bawah disertai terdapatnya balutan luka di daerah luka operasi. Dimana nyeri yang dirasakan terus menerus atau hilang timbul disertai mual muntah ( Tetty, 2015 ).

3. Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan meliputi kesehatan sekarang, kesehatan dahulu, kesehatan keluarga menurut (Muttaqin dan Sari 2012).

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan saat dikaji pada pasien post operasi hernioraphy yang timbul nyeri, lemas, pusing, mual, dan kembung, pada pasien post operasi hernioraphy akan mengeluh nyeri pada bekas operasi. Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk pada area operasi dan sangat jarang terjadi penyebaran kecuali jika ada komplikasi. Skala nyeri hebat pada 2 jam pertama pasca operasi dikarenakan pengaruh obat anestesi hilang, nyeri hilang timbul/menetap sepanjang hari pengkajian PQRST untuk mengetahui seberapa kualitas nyeri yang dialami pasien.

1) *Propokatif/Paliatif*, apa yang memperberat atau memperingankan timbulnya gejala. Seperti adanya

pergerakan yang dilakukan pasien menyebabkan rasa nyeri bertambah.

- 2) *Quality/Kuantitas*, bagaimana gejala dirasakan, dirasakannya seperti apa. Kebanyakan pasien dengan post hernia akan merasakan nyeri seperti tersayat atau teriris-iris.
- 3) *Region*, lokasi dimana gejala dirasakan dan penyebarannya. Pada pasien dengan post hernia, luka operasi terletak di bagian bawah abdomen.
- 4) *Saverity/Scale*, seberapa tingkat keparahan yang dirasakan, pada skala berapa. 1-10
- 5) *Timing*, kapan gejala mulai timbul, seberapa sering gejala dirasakan, tiba-tiba atau bertahap, seberapa lama gejala dirasakan.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Dalam riwayat kesehatan dahulu yang terpenting untuk dikaji adalah penyakit sistemik seperti, diabetes melitus, hipertensi, tuberculosis, dan sebagai bahan timbangan untuk sarana pengkajian preoperatif.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Hernia tidak diturunkan, tetapi perawat perlu menanyakan apakah penyakit ini pernah dialami oleh anggota keluarga lainnya sebagai faktor predisposisi didalam rumah

4. Pola fungsi kesehatan

Pada aspek ini pengkajian aktivitas sehari-hari meliputi pola nutrisi, pola eliminasi, istirahat tidur, pola personal hygiene, dan aktivitas saat di rumah maupun di rumah sakit menurut (Qiemas 2020).

a. Pola Nutrisi

Pada aspek ini dikaji mengenai makan dan minuman pasien saat dirumah maupun dirumah sakit, dengan mengkaji frekuensi makan dan minum, jenis makanan dan minuman, porsi makanan, jumlah minuman dan keluhan yang dialami. Untuk pasien post operasi hernioraphy keluhan yang sering muncul seperti mual dan muntah, nafsu makan buruk atau anoreksia.

b. Pola Eliminasi

Pada aspek ini dikaji mengenai BAB dan BAK pasien saat dirumah maupun dirumah sakit, dengan mengkaji frekuensi, konsistensi, warna dan kelainan eliminasi, kesulitan-kesulitan eliminasi dan keluhan-keluhan yang dirasakan klien pada saat BAB dan BAK. Pada pasien post operasi hernioraphy keluhan yang biasanya muncul pada pola eliminasi biasanya ditemukan ketidak mampuan defekasi dan flatus.

c. Istirahat Tidur

Pada aspek ini dikaji mengenai kebutuhan istirahat dan tidur saat dirumah maupun dirumah sakit, dengan mengkaji kuantitas tidur siang maupun malam dan keluhan tidur yang dialami. Pada pasien post operasi hernioraphy biasanya pasien mengalami gangguan tidur karena nyeri.

d. Pola Personal Hygiene

Pada pasien post operasi hernioraphy biasanya pasien tidak dapat melakukan personal hygiene

e. Pola Aktivitas

Pada aspek ini dikaji mengenai kegiatan aktivitas yang dilakukan di lingkungan keluarga dan di rumah sakit, dilakukan secara mandiri atau tergantung. Pada pasien post operasi hernioraphy biasanya pasien mengalami keterbatasan gerak.

## 5. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan persistem menurut (Nurohimah 2020).

### a. Keadaan Umum

Biasanya pada pasien post operasi hernia inguinalis keadaan umum pasien lemah, kesadaran dapat dikaji dengan tingkat kesadaran secara kualitatif *Glasgow coma scale (GCS)*, serta dikaji tanda-tanda vital (Tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan)

### b. Sistem Pernafasan

Pada pasien post operasi hernia inguinalis biasanya mengalami peningkatan frekuensi pernapasan hal ini merupakan salah satu dampak akibat dari nyeri luka operasi.

### c. Sistem Kardiovaskuler

Inspeksi dan palpasi: mengamati adanya pulsasi dan iktus cordis.

Perkusi: meliputi batas-batas jantung

Auskultasi: irama reguler/ireguler, kualitas, ada/tidaknya bunyi tambahan pada jantung.

### d. Sistem Pencernaan

Inspeksi : biasanya terdapat luka post operasi di hernia inguinalis regio inguinal panjang 4 cm dan terletak 2-4cm diatas ligamentum inguinale

Auskultasi : Pada pasien post operasi hernia inguinalis biasanya sering terjadi ada/tidaknya peristaltik usus dan penurunan bising usus.

Perkusi : Pada pasien post operasi hernia inguinalis biasanya terdapat distensi abdomen.

Palpasi : Pada pasien post operasi hernia inguinalis teraba massa, terdapat nyeri tekan pada daerah inguinalis

e. Sistem Perkemihan

Kaji pengeluaran urine terdapat nyeri pada waktu miksi atau tidak, biasanya pada pasien post operasi hernia inguinalis tidak terjadi perubahan warna urine pada pasien menjadi lebih gelap/pekat

f. Sistem Persyarafan

Kaji tingkat kesadaran dengan menggunakan GCS dan dikaji semua fungsi 12 nervus saraf cranial. Pada pasien post operasi hernia inguinalis biasanya tidak ada kelainan pada sistem persyarafan

g. Sistem Penglihatan

Pada pasien post operasi hernia inguinalis biasanya tidak ada tanda-tanda penurunan, tidak ada gangguan pada sistem penglihatan

h. Sistem Pendengaran

Uji kemampuan pendengaran dengan test rine, webber, dan schwabach menunjukkan menunjukkan tidak ada keluhan pada sistem pendengaran. Biasanya tidak terdapat keluhan pada pasien post operasi hernia inguinalis

i. Sistem Muskuloskeletal

Pada pasien post operasi hernia inguinalis biasanya ditemukan kelemahan dan keterbatasan gerak bila di gerakan akan menimbulkan nyeri di bagian abdomen karna terdapat luka operasi. Maka dilakukan pemeriksaan untuk mengetahui ada atau tidak keterbatasan gerak

j. Sistem Integument

Pada pasien post operasi hernia inguinalis biasanya ditemukan adanya luka operasi pada abdomen kuadran bawah, turgor kulit < 3 detik menandakan gejala dehidrasi. Karakteristik luka dinilai dari kedalaman luka, biasanya luka pada pasien post operasi hernia inguinalis sakitar 3-5 cm,

serta kaji apakah ada tanda tanda infeksi atau tidak, kaji apakah ada edema, eritema disekitar luka, bagaimana kebersihan luka bersih/kotor.

k. Sistem Endokrin

Pada umumnya pasien post hernia inguinalis tidak mengalami kelainan fungsi endokrin. Akan tetapi tetap perlu dikaji keadekuatan fungsi endokrin (thyroid dan lain-lain).

6. Pemeriksaan penunjang pada hernia inguinalis menurut (Muttaqin dan Sari, 2015) antara lain

- a. Sinar X abdomen dapat menunjukkan abnormalnya kadar gas dalam usus.
- b. Pemeriksaan darah lengkap dan serum elektrolit dapat menunjukkan hemokonsentrasi atau peningkatan hematokrit, peningkatan sel darah putih dan ketidak seimbangan elektrolit pada hernia.
- c. USG untuk menilai masa hernia inguinalis

### **2.1.2 Diagnosa**

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penaian klinis mengenal respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan ditegakkan atas dasar data pasien. Pada diagnosa keperawatan pada pasien post operasi hernia inguinalis adalah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017):

1. Nyeri Akut
2. Resiko Infeksi
3. Gangguan Mobilitas fisik
4. Gangguan Rasa Nyaman

## 5. Ansietas

Dalam studi kasus ini, peneliti lebih memfokuskan pada diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut. Diagnosa tersebut di angkat karena faktor utama yang membuat pasien mengalami gangguan rasa aman dan nyaman.

### 2.1.3 Perencanaan

Berdasarkan standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI) 2019 dan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) 2018 ada beberapa tujuan, kriteria hasil, serta intervensi yang biasa dilakukan pada pasien post operasi hernia inguinalis sebagai berikut :

**Tabel 2.1**  
**Perencanaan**

NO	DIAGNOSA	LUARAN	INTERVENSI
1.	Nyeri Akut	<p>Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintegritas ringan hingga berat dan konstan.</p> <p>Tingkat nyeri akut menurun.dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. Kesulitan tidur menurun</li> <li>5. Ketegangan otot menurun</li> <li>6. Perasaan depresi menurun</li> <li>7. Anoreksi menurun</li> <li>8. Pupil diltasi menurun</li> <li>9. Frekuensi nadi membaik</li> <li>10. Pola napas membaik</li> <li>11. Pola tidur membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnotis, akupresure, terapi musik,, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing,</li> </ol>



NO	DIAGNOSA	LUARAN	INTERVENSI
			<p>kompreshangat/dingin, terapi bermain</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2	Resiko Infeksi	<p>Derajat infeksi berdasarkan observasi atau umbar informasi</p> <p>Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemerahan menurun</li> <li>2. Nyeri menurun</li> <li>3. Bengkak menurun</li> <li>4. Cairan bau busuk menurun</li> <li>5. Kultur area luka membaik</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Infeksi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>2. Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>3. Ajarkan etika batuk</li> <li>4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>
3	Gangguan Mobilitas	Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu	<p><b>Dukungan Mobilisasi</b></p> <p><b>Observasi</b></p>

NO	DIAGNOSA	LUARAN	INTERVENSI
	Fisik	<p>atau lebih ekstremitas secara mandiri</p> <p>Mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentan gerak (ROM) meningkat</li> <li>4. Nyeri menurun</li> <li>5. Kaku sendi menurun</li> <li>6. Gerakan terbatas menurun</li> <li>7. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> <li>4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis pagar tempat tidur)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>
4	Gangguan Rasa Nyaman	<p>Keseluruhan rasa nyaman dan aman secara fisik, psikologis, spiritual, sosial, budaya dan lingkungan</p> <p>Status kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rileks meningkat</li> <li>2. Keluhan tidak nyaman menurun</li> <li>3. Gelisa menurun</li> <li>4. Merintih menurun</li> <li>5. Kewapadaan membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p>

NO	DIAGNOSA	LUARAN	INTERVENSI
			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
5	Ansietas	<p>Kondisi emosi dan subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman</p> <p>Tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbelisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi</li> <li>2. Perilaku gelisah menurun</li> <li>3. Pucat menurun</li> <li>4. Konsentrasi menurun</li> <li>5. Pola tidur membaik</li> <li>6. Perasaan keberdayaan membaik</li> <li>7. Orentasi membaik</li> </ol>	<p><b>Reduksi Ansietas</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor)</li> <li>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>3. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>4. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>5. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li> <li>6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>7. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p>

NO	DIAGNOSA	LUARAN	INTERVENSI
			1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 4. Anjurkan umelakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8. Latih teknik relaksasi <b>Kolaborasi</b> Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika

Sumber gambar 2.1 : SDKI (2017), SLKI (2019), dan SIKI (2018)

Pada studi kasus ini, penulis lebih memfokuskan pada perencanaan keperawatan tentang nyeri akut.

#### 2.1.4 Pelaksanaan

Menurut Potter dan Perry (2014) implementasi merupakan komponen dari proses keperawatan yaitu kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan. Implementasi menuangkan rencana asuhan kedalam tindakan, setelah intervensi di kembangkan sesuai dengan kebutuhan dan prioritas pasien, perawat melakukan tindakan keperawatan spesifik yang mencakup tindakan perawat dan tindakan dokter.

(Nikmatur & Walid, 2012) Pelaksanaan merupakan realisasi dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pada tahap pelaksanaan meliputi :

- a. pengumpulan data berkelanjutan
- b. mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan

- c. serta menilai data yang baru

Pelaksanaan keperawatan yang berhasil membutuhkan keterampilan meliputi :

- a. Keterampilan kognitif
- b. Keterampilan interpersonal
- c. Keterampilan psikomotorik

### 2.1.5 Evaluasi

Langkah evaluasi dari proses keperawatan yaitu dengan mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien kearah pencapaian tujuan. Data dikumpulkan dengan dasar berkelanjutan untuk mengukur perubahan dalam fungsi, dalam kehidupan sehari-hari dan dalam ketersediaan atau pengembangan sumber eksternal (Potter & Perry, 2014). Untuk memudahkan mengevaluasi atau memantau perkembangan pasien, digunakan komponen SOAP

**Tabel 2.2**  
**Evaluasi**

Perkembangan SOAP	
S: Data Subjektif	Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan
O: Data Objektif	data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada pasien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan
A: Analisis	suatu masalah atau diagnosa keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah atau diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan data objektif
P: Planning	Perencanaan keperawatan yang akan di lanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditemukan sebelumnya.

## **2.2 Konsep Penyakit**

### **2.2.1 Pengertian**

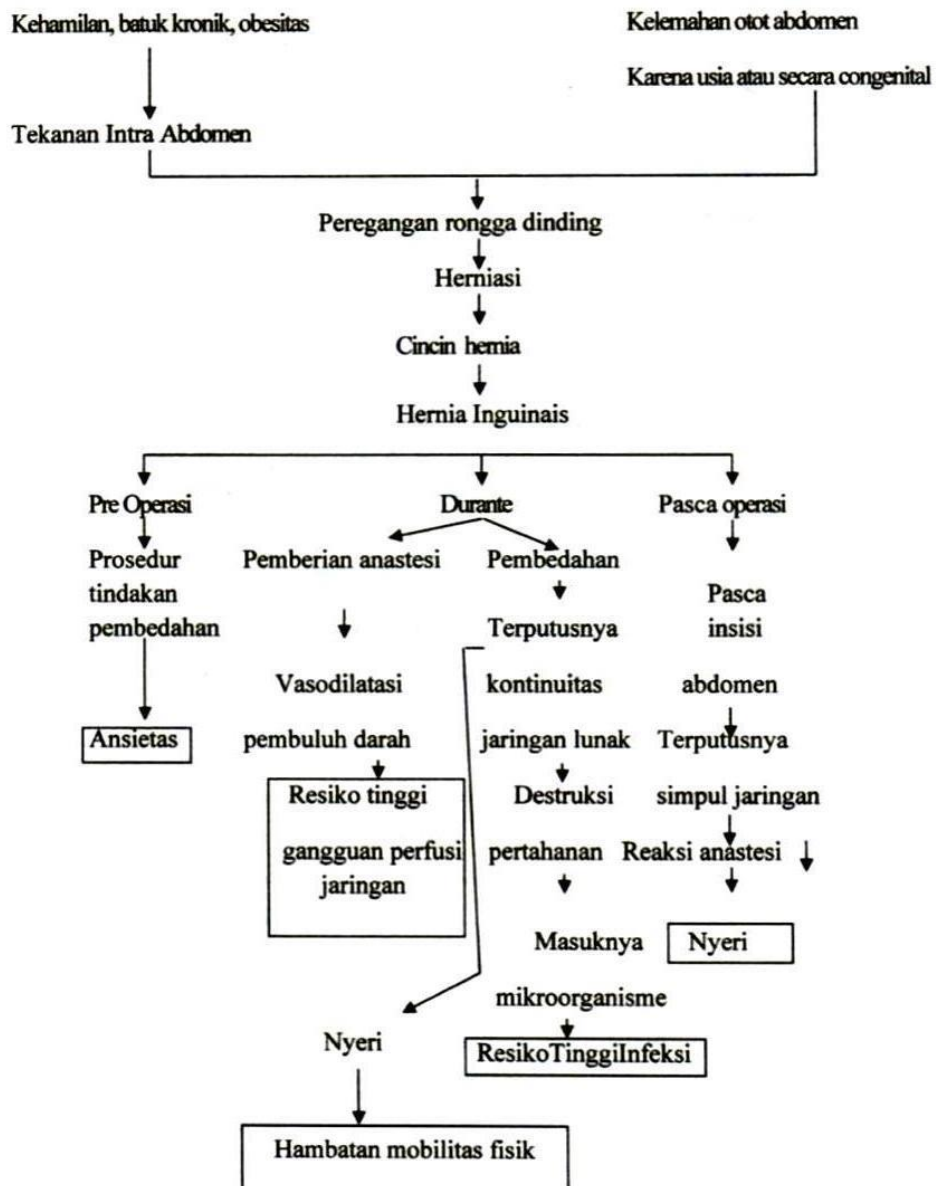
Hernia adalah suatu benjolan/penojolan isi perut dari rongga normal mulai lubang kongenital atau didapat (Wijayaningsih, 2013) Hernia adalah sering terjadinya dan muncul sebagai tonjolan dilipatan paha atau skrotum. Biasanya Orang awam menyebutnya turun bero atau hernia. Terjadi Hernia inguinalis yaitu ketika dinding abdomen bertambah ke bawah melalui dinding sehingga menerobos usus (Nurarif & Kusuma 2016)

Hernia inguinalis adalah hernia yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan di slangkangan atau skrotum. Hernia inguinalis biasanya terjadi ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos ke bawah melalui celah. Jika anda merasa ada dibawah perut benjolan lembut, kecil, anda mungkin terkena hernia ini, hernia tipe sering terjadi pada laki-laki dari pada perempuan (Nufarif & Kusuma, 2015). Hernia inguinalis di mana merupakan suatu keadaan keluarnya struktur organ dari tempatnya yang normal melalui suatu area pada defek inguinal yang secara manual tidak bisa kembali ke tempat semula dan akan memberikan implikasi tindakan invasif bedah dengan secara pembedahan mengembalikan struktur organ tersebut dengan menutup defek di inguinal (Sjamsuhidajat 2011) dalam (Manalu, Novita Verayanti dkk 2021)

Hernioraphy adalah pengikatan leher hernia dan menggantungkannya pada conjoint tendon (penebalan antara tepi

bebas musculus obliquus intraabdominalis dan musculus transversus abdominis yang berinsensio di tuberculum pubicum) ( Nurarif & Kusuma, 2015).

### 2.2.2 Patofisiologi Dan Pathway



Gambar 2.2

Pathway hernia inguinalis menurut Nuari 2015

Hernia berkembang ketika intra abdominal mengalami pertumbuhan tekanan seperti pada saat mengangkat sesuatu yang berat, pada saat buang air besar atau batuk yang kuat atau perpindahan usus ke daerah otot abdominal. Tekanan yang berlebihan pada daerah abdominal tentunya akan menyebabkan suatu kelemahan mungkin disebabkan dinding abdominal yang tipis atau tidak cukup pada daerah tersebut dimana kondisi itu ada sejak atau terjadi pada proses perkembangan yang cukup lama, pembedahan abdominal dan kegemukan. Pertama-tama terjadi kerusakan yang sangat kecil pada dinding abdominal, kemudian terjadilah hernia. Insiden hernia bertambah oleh karena bertambahnya umur karena meningkatnya penyakit yang meninggikan tekanan intra abdomen dan jaringan penunjang berkurang kekuatannya. Biasanya hernia pada orang dewasa ini terjadi karena usia lanjut, karena pada umur tua otot dinding rongga perut melemah. Sejalan dengan bertambahnya umur, organ dan jaringan tubuh mengalami proses degenerasi. Pada orang tua kanalis tersebut telah menutup. Namun karena daerah ini merupakan *locus minorisresistence*, maka pada keadaan yang meyebabkan tekanan intra abdominal meningkat seperti batuk-batuk kronik, bersin yang kuat dan mengangkat beban yang berat, mengejan. Kanal yang sudah tertutup dapat terbuka kembali dan timbul hernia inguinalis lateralis karena terdorongnya sesuatu jaringan tubuh dan keluar melalui defek tersebut Menurut (Anggara dkk, 2015).

### **2.2.3 Etiologi**

Menurut (Nurarif, 2015).

- a. Kelainan kongenital atau kelainan bawaan
- b. Kelainan didapat, meliputi :
  1. Jaringan kelemahan
  2. Luasnya daerah di dalam ligamen inguinal



3. Trauma
4. Kegemukan / Obesitas
5. Melakukan pekerjaan berat
6. Terlalu mengejan saat buang air kecil atau besar

#### **2.2.4 Manifestasi Klinis**

Menurut Nurarif & Kusuma (2015):

1. Berupa benjolan keluar masuk/keras dan yang tersering tampak benjolan di lipat paha.
2. Adanya rasa nyeri pada daerah benjolan bila isinya terjepit disertai perasaan mual.
3. Terdapat gejala mual dan muntah atau distensi bila telah ada komplikasi.
4. Bila terjadi hernia inguinalis strangulate perasaan sakit akan bertambah hebat serta kulit di atasnya menjadi merah dan panas.
5. Hernia femoralis kecil mungkin berisi dinding kandung kencing sehingga menimbulkan gejala sakit kencing (dysuria) disertai hematuria (kencing darah) disamping benjolan dibawah sela paha.
6. Hernia diafragmatika menimbulkan perasaan sakit di daerah perut disertai sesak nafas.
7. Bila pasien mengejan atas batuk maka benjolan hernia akan bertambah besar.

#### **2.2.5 Klasifikasi**

Macam-macam hernia berdasarkan letaknya menurut Handaya (2017)

1. Hernia femoralis

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

## 2. Hernia umbilikus

Suatu penonjolan ketika isi suatu organ abdominal masuk melalui kanal anterior yang dibatasi oleh linca alba, posterior oleh fascia umbilikus dan rektus lateral. Hernia ini terjadi ketika jaringan fascia dari dinding abdomen di area umbilicus mengalami kelemahan.

## 3. Hernia insisional

Hernia ini terjadi ketika usus menembus dinding otot perut pada lokasi operasi yang pernah dilakukan. Hernia tipe ini kerap terjadi apabila luka operasi tidak sembuh sempurna, misalnya pernah mengalami infeksi setelah operasi.

## 4. Hernia inguinalis

Hernia yang paling umum terjadi dan muncul sebagai tonjolan di slangkangan atau skrotum. Hernia inguinalis biasanya terjadi ketika dinding abdomen berkembang sehingga usus menerobos ke bawah melalui celah. Jika anda merasa ada dibawah perut benjolan lembut, kecil, anda mungkin terkena hernia ini, hernia tipe sering terjadi pada laki-laki dari pada perempuan.

Berdasarkan sifatnya menurut Nufarif & Kusuma (2015)

### 1. Hernia reponibel

Bila isi hernia bisa keluar masuk. Usus keluar bila berdiri atau mengedan dan masuk lagi masuk perut, jika ada keluhan nyeri atau gejala obstruksi usus.

### 2. Hernia Ireponible

Bila isi kantong hernia tidak dapat dikembalikan ke dalam rongga, ini biasanya terjadi karena pelengketan isi kantong pada peritoneum kantong hernia.

### 3. Hernia strangulate atau inkarserata

Bila isi hernia terjepit oleh cincin hernia sehingga isi kantong terperangkap, tidak dapat kembali ke dalam rongga perut disertai akibat terjadinya gangguan vakularisasi. Reaksi usus perlu

segerah dilakukan untuk menghilangkan bagian yang mungkin nekrosis.

### **2.2.6 Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang pada hernia inguinalis menurut (Muttaqin dan Sari, 2015) antara lain :

- 1) Sinar X abdomen dapat menunjukkan abnormalnya kadar gas dalam usus.
- 2) Pemeriksaan darah lengkap dan serum elektrolit dapat menunjukkan hemokonsentrasi atau peningkatan hematokrit, peningkatan sel darah putih dan ketidak seimbangan elektrolit pada hernia.
- 3) USG untuk menilai masa hernia inguinalis

### **2.2.7 Komplikasi**

Komplikasi yang di timbulkan dari hernia menurut Rudi Heryono (2012) antara lain :

1. Hernia berulang
2. Hematoma
3. Retensi urin
4. Infeksi pada luka
5. Nyeri kronis atau akut
6. Pembengkakan testis karena atrofi testis
7. Rekurensi hernia (sekitar 2%)

### **2.2.8 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan Menurut Nurarif & Kusuma (2015)

1. Konservatif, pengobatan konservatif terbatas pada tindakan melakukan reposisi dan pemakaian penyangga atau penunjang untuk isi hernia yang telah direposisi. Adapun tindakannya terdiri atas :

- a. Reposisi merupakan suatu usaha untuk mengembalikan isi hernia kedalam cavum peritonei atau abdomen. Reposisi dilakukan secara bimanual. Reposisi dilakukan pada pasien dengan hernia reoinibilis dengan cara memakai kedua tangan. Reposisi tidak dilakukan pada hernia inguinalis strangulate kecuali pada anak-anak.
  - b. Suntikan dilakukan penyuntikan dengan cairan sklerotik yang menyebabkan pintu hernia mengalami sclerosis atau penyempitan sehingga isi hernia keluar dan cavum peritonei.
  - c. Sabuk hernia diberikan pada pasien yang hernia yang masih kecil dan menolak dilakukan operasi.
2. Operatif, tindakan paling baik dan dapat dilakukan pada : hernia reponibilis, hernia irreponibilis, hernia strangulasi, hernia incarserata. Operasi hernia yang dilakukan :
- a. Herniotomy  
Membuka dan memotong kantong hernia serta mengembalikan isi hernia ke cavum abdominalis.
  - b. Hernioraphy  
Mulai dari mengangkat leher hernia dan menggantungkannya pada *conjoint tendon* (penebalan antara tepi bebas musculus intra abdominalis dan musculus tranversus abdominalis yang berinsersio dan tuberculum pubicum)
  - c. Hernioplasty  
Menjahikant *conjoint tendon* pada *ligementum inguinale* agar LMR hingga/ tertutup hingga dinding perut jadi lebih kuat karena tertutup otot. Hernioplasty pada hernia inguinalis lateralis ada bermacam-macam menurut kebutuhannya (Ferguson, Bassini, halst, hernioplasty, pada hernia

inguinalis media dan hernia femoralis dikerjakan dengan cara Mc.Vay).

## **2.3 Konsep Nyeri**

### **2.3.1 Definisi**

Nyeri akut merupakan pengalaman sensoria tau emosional yang berkaitan dengan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. (SDKI, 2017). Nyeri yang muncul dapat datang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi oleh penderita.

Nyeri akut dapat dideskripsikan sebagai nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan 9 pulih pada area yang rusak. Nyeri akut biasanya berlangsung singkat. Pasien yang mengalami nyeri akut biasanya menunjukkan gejala perspirasi meningkat, denyut jantung dan tekanan darah meningkat serta pallor (Mubarak et al., 2015).

### **2.3.2 Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri Akut**

Nyeri merupakan suatu keadaan yang kompleks yang dipengaruhi oleh fisiologi, spiritual, psikologis, dan budaya. Setiap individu mempunyai pengalaman yang berbeda tentang nyeri (Mubarak et al., 2015). Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi nyeri adalah sebagai berikut:

1. Tahap perkembangan
2. Jenis kelamin
3. Keletihan
4. Lingkungan dan dukungan keluarga

5. Gaya koping
6. Makna nyeri
7. Ansietas
8. Etnik dan nilai budaya

**Faktor yang berhubungan**

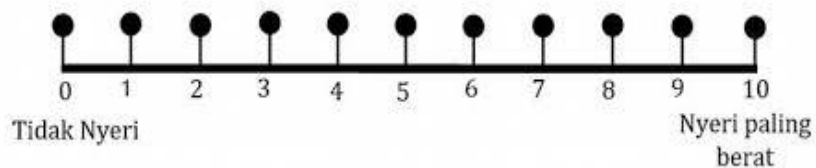
- Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (Tim pokja SDKI DPP PPNI,2017).

**2.3.3 Penilaian Nyeri**

Penilaian nyeri merupakan elemen yang penting untuk menentukan terapi nyeri yang efektif. Skala penilaian nyeri dan keterangan pasien digunakan untuk menilai derajat nyeri. Intensitas nyeri harus dinilai sedini mungkin selama pasien dapat berkomunikasi dan menunjukkan ekspresi nyeri yang dirasakan. Penilaian terhadap intensitas nyeri dapat menggunakan beberapa skala yaitu (Mubarak et al., 2015)

1. Skala Nyeri Deskriptif

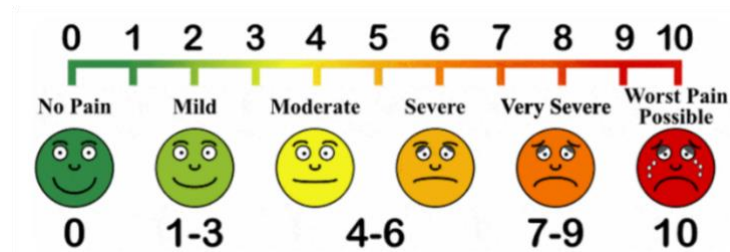
Skala nyeri deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang objektif. Skala ini juga disebut sebagai skala pendeskripsian verbal /Verbal Descriptor Scale (VDS) merupakan garis yang terdiri tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsian ini mulai dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri tak tertahankan”.



**Gambar 2.3**  
**Verbal Descriptor Scale (VDS)**

2. Visual Analogue Scale (VAS)

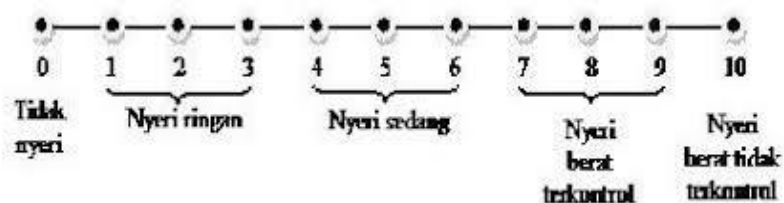
VAS merupakan suatu garis lurus yang menggambarkan skala nyeri terus menerus. Skala ini menjadikan klien bebas untuk memilih tingkat nyeri yang dirasakan. VAS sebagai pengukur keparahan tingkat nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat menentukan setiap titik dari rangkaian yang tersedia tanpa dipaksa untuk memilih satu kata.



**Gambar 2.3**  
**Visual Analogue Scale (VAS)**

3. Numerical Rating Scale (NRS) (Skala numerik angka)

Pasien menyebutkan intensitas nyeri berdasarkan angka 0 – 10. Titik 0 berarti tidak nyeri, 5 nyeri sedang, dan 10 adalah nyeri berat yang tidak tertahankan. NRS digunakan jika ingin menentukan berbagai perubahan pada skala nyeri, dan juga menilai respon turunnya nyeri pasien terhadap terapi yang diberikan.



**Gambar 2.3**  
**Numerical Rating Scale (NRS)**

#### 4. Faces Scale (Skala Wajah)

Pasien disuruh melihat skala gambar wajah. Gambar pertama tidak nyeri (anak tenang) kedua sedikit nyeri dan selanjutnya lebih nyeri dan gambar paling akhir, adalah orang dengan ekspresi nyeri yang sangat berat. Setelah itu, pasien disuruh menunjuk gambar yang cocok dengan nyerinya. Metode ini digunakan untuk pediatri, tetapi juga dapat digunakan pada geriatri dengan gangguan kognitif



**Gambar 2.3**  
**Faces Scale (Skala Wajah)**

## 2.4 Terapi/ Tindakan Keperawatan *Guided Imaginary*

### 2.4.1 Pengertian

Membentuk imajinasi dengan menggunakan semua indera melalui pemrosesan kognitif dengan mengubah objek, tempat, peristiwa, atau situasi untuk meningkatkan relaksasi, meningkatkan kenyamanan dan meredakan nyeri. (SPOK PPNI 2021)

*Guided Imaginary* merupakan suatu tehnik relaksasi dengan cara membayangkan sesuatu yang menyenangkan yang membuat seseorang menjadi nyaman sehingga dapat mengurangi nyeri yang dirasakan. Secara psikologis *guided imagery* membawa individu untuk menghadirkan gambaran mental yang diperkuat dengan perasaan menyenangkan ketika individu mengimajinasikan gambaran tersebut, dengan *guided imagery* individu akan lebih mudah memberikan perhatian terhadap bayangan mental yang dimunculkan (Novarenta 2013).



*Guided imagery* merupakan salah satu teknik relaksasi atau meditasi, yang mengharuskan pasien berkonsentrasi pada objek, suara, maupun pengalaman tertentu untuk menenangkan pikiran. Melalui teknik ini, pasien akan diajak untuk meredakan gejala stres serta kecemasan dengan memikirkan atau membayangkan tempat atau situasi yang damai. Dimana pasien memusatkan pikiran pada tempat atau situasi yang menyenangkan, tubuh dan pikiran akan menjadi lebih tenang. Saat tubuh dan pikiran tenang, pasien akan lebih mudah untuk mengatasi stres secara fisik, mental, dan emosional.

#### **2.4.2 Tujuan**

Tujuan dari menerapkan *guided imagery* ialah (Mehme, 2010) dalam Afdilah (2016) :

1. Memelihara kesehatan atau mencapai keadaan rileks melalui komunikasi dalam tubuh melibatkan semua indra (visual, sentuhan, penciuman, penglihatan, dan pendengaran) sehingga terbentuklah keseimbangan antara pikiran, tubuh, dan jiwa.
2. Mempercepat penyembuhan yang efektif dan membantu tubuh mengurangi berbagai macam penyakit seperti depresi, alergi dan asma.
3. Mengurangi tingkat stres, penyebab, dan gejala-gejala yang menyertai stres.
4. Menggali pengalaman pasien depresi

#### **2.4.3 Manfaat**

*Guided imagery* mempunyai elemen yang secara umum sama dengan relaksasi, yaitu sama-sama membawa klien ke arah relaksasi. Tujuan dari teknik *Guided imagery* ini adalah menimbulkan respon psikofisiologis yang sangat kuat seperti perubahan dalam fungsi imun (Potter & Perry, 2009 dalam Novarenta, 2013).

Manfaat dari *Guided imagery* yaitu sebagai intervensi perilaku untuk mengatasi kecemasan, stres, dan nyeri (Smeltzer & Bare, 2002 dalam Novarenta, 2013). Penggunaan *guided imagery* tidak dapat memusatkan perhatian pada banyak hal dalam satu waktu oleh karena itu klien harus membayangkan satu imajinasi yang sangat kuat dan sangat menyenangkan (Brannon & Freist, 2000 dalam Novarenta, 2013).

#### **2.4.4 Macam-macam**

Macam-macam teknik *Guided imagery* berdasarkan pada penggunaannya terdapat beberapa macam teknik, yaitu (Grocke & Moe, 2015):

1. *Guided walking imagery*

Pada teknik ini pasien dianjurkan untuk mengimajinasikan pemandangan standar seperti padang rumput, pegunungan, pantai.

2. *Autogenic abstraction*

Pasien diminta untuk memilih sebuah perilaku negatif yang ada dalam pikirannya kemudian pasien mengungkapkan secara verbal tanpa batasan. Bila berhasil akan tampak perubahan dalam hal emosional dan raut wajah pasien

3. *Covert sensitization*

Teknik ini berdasar pada paradigma *reinforcement* yang menyimpulkan bahwa proses imajinasi dapat dimodifikasi berdasarkan pada prinsip yang sama dalam modifikasi perilaku.

4. *Covert behaviour rehearsal*

Teknik ini mengajak seseorang untuk mengimajinasikan perilaku koping yang dia inginkan. Teknik ini lebih banyak digunakan. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik *covert behaviour rehearsal* karena peneliti akan memandu responden

untuk mengimajinasikan perilaku koping dan memotivasi responden.

#### 2.4.5 Langkah-langkah

Adapun langkah-langkah dalam melakukan tindakan *guided imagery* menurut Kozier & Erb (2009) dalam Novarenta (2013) serta Rosmawati (2016) adalah sebagai berikut:

- 1) Mencuci tangan.
- 2) Pastikan lingkungan sekitar pasien nyaman dan tenang
- 3) Tutup tirai guna menjaga privasi pasien
- 4) Kaji intensitas nyeri pasien sebelum tindakan manajemen nyeri imajinasi terbimbing
- 5) Tanyakan kepada pasien apakah pasien lebih suka membayangkan pemandangan seperti pegunungan atau pantai
- 6) Jika sudah, minta pasien menutup mata
- 7) Minta pasien untuk bernafas pelan-pelan 3-5 kali.
- 8) Selanjutnya bimbing pasien menuju situasi istirahat penuh:
  - a) “Silahkan Anda membayangkan ke tempat yang aman dan nyaman seperti di pegunungan atau pantai dan lain lain sesuai yang di senangi pasien”
  - b) “Tempat ini adalah tempat yang spesial bagi Anda. Setiap mengalami nyeri anda dapat pergi ke tempat ini”
    - **Pegunungan:**

"Bayangkan Anda sedang berjalan di pegunungan dengarkan suara langkah kaki Anda rasakan hembusan angin suara pepohonan dan burung yang berkicauan..... hirup wanginya bunga dan rasakan sejuknya udara
    - **Pantai:**

"Bayangkan Anda sedang berjalan di tepian pantai dengarkan deburan ombak yang tenang melihat

hamparan pasir putih... kemudian Anda mencelupkan kaki ke dalam air laut rasakan kesegaran dan dinginnya kaki Anda

- c) "Anda terus rileks... rasakan hangat matahari pandang birunya langit"
  - d) "Merasa lebih rileks, nyaman, tenang dan santai...nikmati semua perasaan yang Anda rasakan semakin nyata, semakin jelas Anda benar-benar menikmatinya rasakan bahwa hal ini sangat nyata. Anda benar-benar berada di sana,"
- 9) Jika pasien menunjukkan tanda agitasi, gelisah, atau tidak nyaman, hentikan latihan.
  - 10) Setelah kurang lebih 10-15 menit, mulailah kembali ke kondisi sekarang untuk mengakhiri teknik guided imagery.
  - 11) Minta pasien untuk membuka matanya dan menggerakkan perlahan anggota tubuhnya.
  - 12) Diskusikanlah perasaan pasien mengenai pengalamannya.
  - 13) Evaluasi intensitas nyeri pasien setelah tindakan manajemen nyeri imajinasi terbimbing.
  - 14) Motivasi pasien untuk mempraktikkan teknik ini secara mandiri.
  - 15) Bereskan dan rapikan alat.
  - 16) Mencuci tangan

#### **2.4.6 Prosedur**

Standar Operasional Posedur pelaksanaan aplikasi terapi relaksasi imajinasi terbimbing menurut (Derina 2017)

1. Persiapan Alat
  - a. Alat skrining nyeri
  - b. Lembar observasi nyeri
2. Pra Interaksi

Verifikasi/validasi pasien yang akan dilakukan terapi imajinasi terbimbing/ *Guided Imagery*

3. Tahap Orientasi
  - a. Memberikan salam terapeutic
  - b. Menjelaskan kepada pasien beserta keluarga mengenai tujuan dan prosedur tindakan yang akan segera dilakukan.
  - c. Menjamin atas pemenuhan kebutuhan privasi pasien.
  - d. Mengatur ketinggian tempat tidur untuk memudahkan tindakan yang akan dilakukan.
4. Tahap Kerja
  - 1) Mencuci tangan.
  - 2) Pastikan lingkungan sekitar pasien nyaman dan tenang
  - 3) Tutup tirai guna menjaga privasi pasien
  - 4) Kaji intensitas nyeri pasien sebelum tindakan manajemen nyeri imajinasi terbimbing
  - 5) Tanyakan kepada pasien apakah pasien lebih suka membayangkan pemandangan seperti pegunungan atau pantai
  - 6) Jika sudah , minta pasien menutup mata
  - 7) Minta pasien untuk bernafas pelan-pelan 3-5 kali .
  - 8) Selanjutnya bimbing pasien menuju situasi istirahat penuh:
    - a) “Silahkan Anda membayangkan ke tempat yang aman dan nyaman seperti di pegunungan atau pantai dan lain lain sesuai yang di senangi pasien”
    - b) “Tempat ini adalah tempat yang spesial bagi Anda. Setiap mengalami nyeri anda dapat pergi ke tempat ini”
      - **Pegunungan:**

"Bayangkan Anda sedang berjalan di pegunungan dengarkan suara langkah kaki Anda rasakan hembusan angin suara pepohonan dan burung yang berkicauan..... hirup wanginya bunga dan rasakan sejuknya udara
      - **Pantai:**

"Bayangkan Anda sedang berjalan di tepian pantai dengarkan deburan ombak yang tenang melihat hamparan pasir putih... kemudian Anda mencelupkan kaki ke dalam air laut rasakan kesegaran dan dinginya kaki Anda

- c) "Anda terus rileks... rasakan hamngatia matahari pandang birunya langit"
- d) "Merasa lebih rileks, nyaman, tenang dan santai...nikmati semua perasaan yang Anda rasakan semakin nyata, semakin jelas Anda benar-benar menikmatinya rasakan bahwa hal ini sangat nyata. Anda benar-benar berada di sana,"

- 9) Jika pasien menunjukkan tanda agitasi, gelisah, atau tidak nyaman, hentikan latihan.
- 10) Setelah kurang lebih 10-15 menit, mulailah kembali ke kondisi sekarang untuk mengakhiri teknik guided imagery.
- 11) Minta pasien untuk membuka matanya dan menggerakkan perlahan anggota tubuhnya.
- 12) Diskusikanlah perasaan pasien mengenai pengalamannya.
- 13) Evaluasi intensitas nyeri pasien setelah tindakan manajemen nyeri imajinasi terbimbing.
- 14) Motivasi pasien untuk mempraktikkan teknik ini secara mandiri.
- 15) Bereskan dan rapikan alat.
- 16) Mencuci tangan

#### 5. Tahap Terminasi

- a. Menanyakan perasaan pasien setelah relaksasi *guide imagery*
- b. Mengucapkan salam

#### 6. Dokumentasi

Mencatat tanggal dan waktu pengukuran nyeri dan tingkat intensitas nyeri pada lembar catatan perawat.