

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

2.1 Konsep Anak

2.1.1 Definisi Anak

Anak adalah individu yang berada dalam rentang usia 0-18 tahun dan sedang mengalami proses tumbuh kembang secara menyeluruh baik fisik, mental, emosional, sosial, maupun spiritual (WHO, 2020).

2.1.2 Perkembangan Anak Usia Sekolah

Menurut Hurlock (2020), masa usia sekolah merupakan periode tenang antara masa kanak – kanak awal dan pubertas ditandai dengan berkembangnya kemampuan belajar, sosial, emosional dan motorik. Pada usia ini anak juga mampu mengikuti intruksi, memahami cerita, serta menunjukkan minat yang besar terhadap tokoh animasi dan tayangan visual yang menyenangkan dan kemampuan fokus anak usia sekolah dapat diarahkan ke tugas tertentu sebagaimana dijelaskan teori Bandura tentang modelling Adapun karakteristik perkembangan anak usia 7 tahun diantaranya :

1. Fisik : tumbuh tinggi, pergantian gigi susu ke gigi tetap, koordinasi motorik halus lebih baik.
2. Kognitif : mampu berpikir logis sederhana, memahami sebab – akibat, mengikuti intruksi, tertarik belajar dari media visual seperti gambar dan video.
3. Psikososial: senang melakukan aktivitas yang menunjukkan kemampuan diri, suka diberi pujian, dan mampu bekerja sama.
4. Bahasa : memiliki kosakata luas, mampu menyusun kalimat kompleks dan memahami cerita/ gambar animasi .

2.2 Konsep Hipospadia

2.2.1 Definisi Hipospadia

Hipospadia adalah kelainan bawaan pada alat kelamin pria di mana lubang uretra (saluran tempat keluarnya urine dan sperma) tidak berada di ujung penis,

melainkan terletak di bagian bawah penis, bisa di bagian tengah batang penis, dekat skrotum, atau bahkan di pertemuan antara penis dan skrotum (Snodgrass & Bush, 2016). Hipospadia merupakan salah satu kelainan kongenital atau kelainan anatomis genetalia yang sering terjadi pada anak laki-laki (Keays & Dave, 2020). Kata Hipospadia berasal dari bahasa Yunani yaitu *Hypo*, yang berarti dibawah, dan *Spadon*, yang berarti lubang (Vikaningrum, 2020)

2.2.2 Etiologi

Penyebab hipospadia sangat bervariasi dan dipengaruhi banyak faktor, namun belum ditemukan penyebab pasti dari kelainan ini. Beberapa kemungkinan dikemukakan oleh para peneliti mengenai etiologi hipospadia yaitu:

a. Faktor genetik dan embrional

Genetik dianggap sebagai faktor risiko signifikan yang berperan dalam perkembangan hipospadia. Penelitian menunjukkan bahwa anak laki-laki yang memiliki saudara dengan hipospadia memiliki risiko 13,4 kali lebih tinggi untuk mengalami kondisi yang sama. Anak yang memiliki ayah dengan riwayat hipospadia berisiko 10,4 kali lebih besar untuk mengalaminya (Zanden, *et al.*, 2020). Selama fase embrional, kegagalan dalam pembentukan dan penyatuan lipatan genital di atas sinus urogenital dapat menyebabkan hipospadia. Semakin parah derajat hipospadia, semakin besar kemungkinan adanya kelainan yang mendasarinya. Kelainan kromosom serta ambiguitas genital, seperti hermafroditisme dan pseudohermafroditisme, sering kali ditemukan bersamaan dengan hipospadia (Krisna & Maulana, 2017).

b. Faktor Hormonal

Perkembangan genitalia pada laki-laki adalah proses yang kompleks, melibatkan berbagai gen dan interaksi hormon dari ibu hamil. Pembentukan saluran uretra terjadi pada minggu ke-6 trimester pertama dan bersifat tergantung pada androgen. Ketidaknormalan dalam metabolisme androgen, seperti defisiensi reseptor androgen di penis, kegagalan konversi testosteron menjadi dihidrotestosteron, serta

penurunan ikatan dihidrotestosteron dengan reseptor androgen, dapat berkontribusi pada terjadinya hipospadia (Noegroho *et al.*, 2018).

c. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan diduga berperan sebagai salah satu penyebab hipospadia. Paparan estrogen atau progestin pada ibu hamil, terutama di awal kehamilan, dapat menjadi salah satu penyebabnya. Estrogen ini sering ditemukan pada pestisida yang menempel pada buah, sayuran, dan tanaman, serta dalam obat-obatan yang dikonsumsi oleh ibu hamil. Selain itu, konsumsi obat anti-epilepsi seperti asam valproat oleh ibu hamil juga diduga dapat meningkatkan risiko hipospadia. Pil kontrasepsi yang mengandung hormon estrogen dan progestin diketahui tidak menyebabkan hipospadia (Krisna & Maulana, 2017).

d. Lain-lain

Anak laki-laki yang lahir melalui program *Intra-cytoplasmic Sperm Injection* (ICSI) atau *In Vitro Fertilization* (IVF) memiliki insiden hipospadia yang lebih tinggi (Krisna & Maulana, 2020). Usia ibu saat hamil yang terlalu muda maupun terlalu tua, juga berpengaruh signifikan. Bayi yang lahir dari ibu berusia di atas 35 tahun berisiko mengalami hipospadia berat. Kelahiran prematur, berat badan lahir rendah, serta kelahiran bayi kembar juga sering dikaitkan dengan peningkatan kejadian hipospadia (Widjajana, 2020).

2.2.3 Klasifikasi

Menurut Orkiszewski (2020), hipospadia dapat dikategorikan menjadi beberapa tipe berdasarkan lokasi orifisium uretra eksternum atau meatus. Berikut adalah tipe-tipe tersebut:

a. Tipe sederhana/ Tipe anterior

Tipe ini terletak di bagian anterior, di mana meatus berada di pangkal glans penis. Kelainan ini umumnya bersifat asimtomatik dan tidak memerlukan intervensi. Prosedur dilatasi atau meatotomi dapat dilakukan jika meatus terlihat sempit. Tipe hipospadia yang termasuk dalam kategori ini adalah hipospadia subkoronal, di mana lubang kencing berada di sulcus

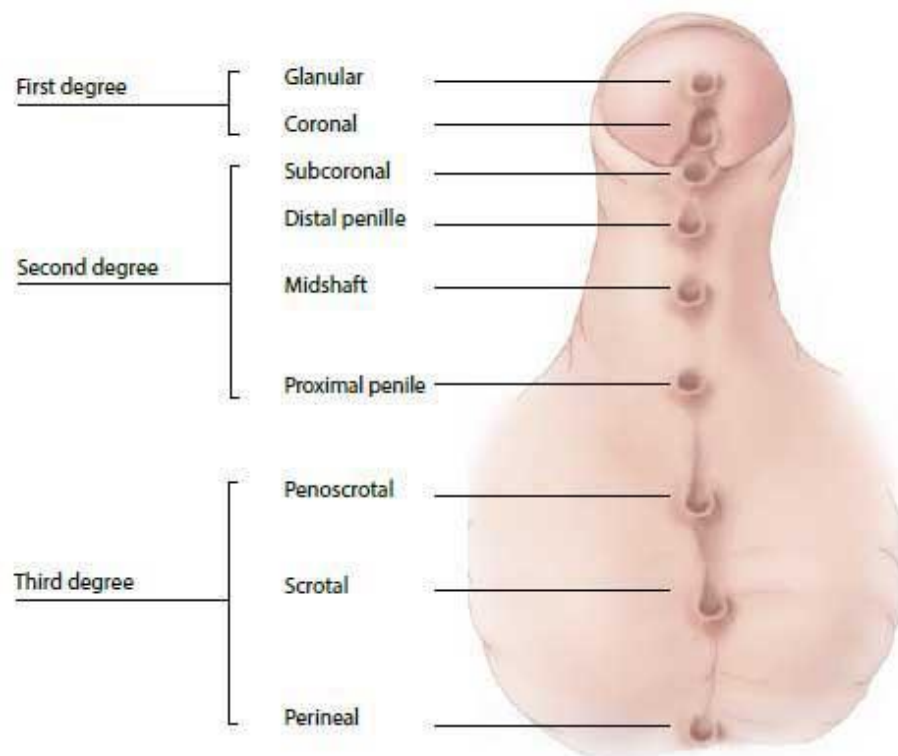
coronarius penis (cekungan di kepala penis) dan hipospadia tipe granular, di mana lubang kencing sudah berada di kepala penis tetapi posisinya terletak di bawahnya.

b. Tipe Penil/ Tipe Middle

Pada tipe ini, meatus terletak di antara glans penis dan skrotum. Kondisi ini disertai dengan kelainan lain, seperti tidak adanya kulit prepusium di bagian ventral, yang menyebabkan penis terlihat melengkung ke bawah atau glans penis menjadi pipih. Intervensi bedah secara bertahap diperlukan pada kelainan tipe ini. Mengingat tidak adanya kulit di bagian ventral prepusium, sebaiknya sirkumsisi tidak dilakukan pada bayi, karena sisa kulit yang ada dapat berguna untuk prosedur bedah selanjutnya. Beberapa tipe hipospadia yang termasuk dalam kategori ini antara lain: hipospadia tipe penoscrotal, di mana lubang kencing terletak di antara skrotum dan batang penis; hipospadia tipe peneana proksimal, di mana lubang kencing berada di bawah pangkal penis hipospadia tipe mediana, di mana lubang kencing terletak di bawah bagian tengah batang penis; serta hipospadia tipe distal peneana, di mana lubang kencing berada di bawah ujung batang penis.

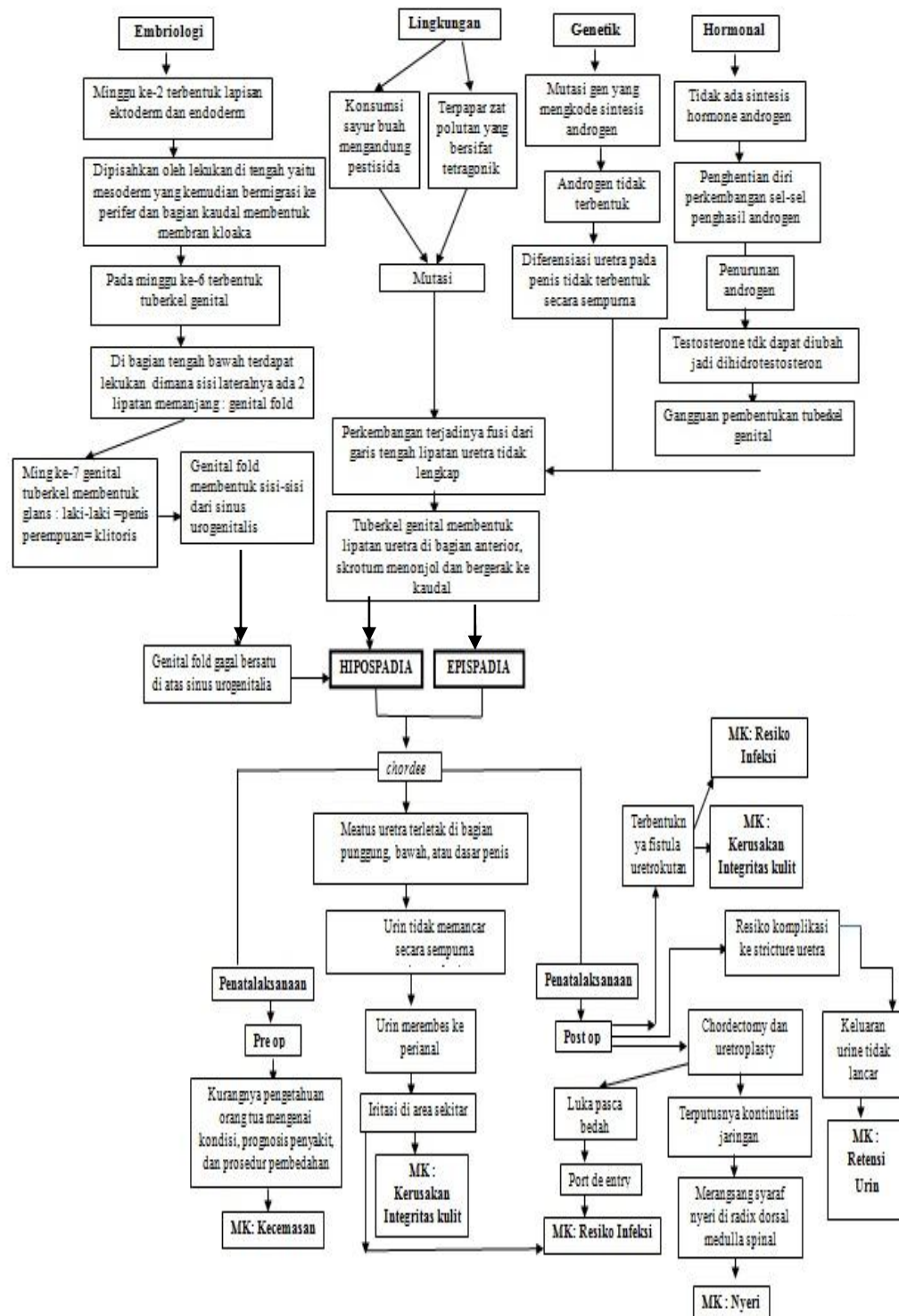
c. Tipe Posterior

Pada tipe posterior, kondisi ini sering mengganggu pertumbuhan penis dan biasanya disertai dengan skrotum bifida. Meatus uretra pada tipe ini terbuka lebar, dan umumnya testis tidak turun. Beberapa tipe hipospadia yang termasuk dalam kategori posterior adalah hipospadia tipe perenial, di mana lubang kencing terletak di antara anus dan skrotum, serta hipospadia tipe scrotal, di mana lubang kencing berada tepat di depan skrotum.



Gambar 1 Klasifikasi Hipospadia (Krisna& Maulana,2019)

2.2.4 Pathway



Gambar 2 Clinical Pathway Corwin, E.J. (2019), Tim Pokja SDKI PPNI (2017))

2.2.5 Patofisiologi

Hipospadia terjadi akibat gangguan perkembangan uretra anterior yang tidak sempurna, sehingga meatus dapat terletak di berbagai lokasi sepanjang batang penis hingga perineum. Semakin proksimal posisi meatus, semakin besar kemungkinan ventral penis mengalami pemendekan dan melengkung akibat adanya *chordee*. Pada hipospadia, yang paling umum adalah uretra bermuara di area frenulum, di mana frenulum tidak terbentuk, dan lokasi normal meatus urinarius ditandai pada glans penis sebagai celah yang tidak sempurna (Kyle & Carman, 2020).

Pada janin laki-laki, pembentukan uretra terjadi antara minggu ke-8 hingga ke-14 kehamilan. Dalam kondisi normal, hormon testosteron yang diproduksi oleh testis akan diubah oleh enzim 5α -reduktase menjadi dihidrotestosteron (DHT). Hormon DHT ini sangat penting karena berperan dalam merangsang pertumbuhan penis dan penutupan lipatan uretral di garis tengah, yang nantinya akan membentuk saluran uretra lengkap. Jika terjadi gangguan pada salah satu tahapan tersebut, baik berupa defisiensi produksi testosteron atau DHT, gangguan fungsi enzim, maupun kelainan pada reseptor androgen yang menyebabkan jaringan tidak merespons hormon secara normal maka lipatan uretral gagal menyatu secara sempurna. Akibatnya, saluran uretra tidak terbentuk dengan utuh dan meatus uretra berakhir lebih pendek dari seharusnya, yakni di bagian bawah batang penis, skrotum, atau bahkan perineum (Baskin & Ebbers, 2019).

Selain posisi meatus yang abnormal, hipospadia sering disertai dengan kelainan lain seperti *chordee* (kelengkungan penis ke bawah), bentuk kulup yang tidak simetris (*preputium dorsal*), dan dalam beberapa kasus disertai dengan mikropenis. Kelainan ini tidak hanya memengaruhi fungsi berkemih, tetapi juga berpotensi mengganggu fungsi seksual dan psikososial jika tidak ditangani dengan baik (Springer, 2020). Fusi yang tidak lengkap pada garis tengah lipatan uretra menyebabkan meatus uretra terbuka di sisi ventral penis. Terdapat berbagai derajat kelainan posisi meatus ini, mulai dari yang ringan, yaitu pergeseran sedikit pada glans, hingga yang lebih parah yang dapat terjadi di sepanjang batang penis dan bahkan di perineum. Pada sisi ventral, *prepusium* tidak ada, sehingga

menyerupai topi yang menutupi sisi dorsal glans. Terdapat pita jaringan fibrosa yang dikenal sebagai chordee di sisi ventral, yang menyebabkan kurvatura (lengkungan) ventral pada penis (Gunawan, 2018).

2.2.6 Dampak

Dampak hipospadia dapat bervariasi tergantung pada tingkat keparahannya, mulai dari masalah psikologis hingga gangguan fungsi seksual dan reproduksi. Dampak paling buruk dari kelainan ini yaitu kematian. Berdasarkan data di Indonesia dampak kematian akibat kelainan kongenital hipospadia yaitu 4,8% (Elfiah, 2020). Berikut dampak yang dapat dialami oleh penderita hipospadia yaitu:

a. Fisik

1) Tampilan penis yang tidak normal

Hipospadia dapat menyebabkan penis terlihat melengkung ke bawah (kordea) dan memiliki lubang uretra yang tidak pada tempatnya.

2) Kesulitan buang air kecil

Pada beberapa kasus, anak laki-laki dengan hipospadia mungkin perlu duduk saat buang air kecil karena aliran urine yang tidak normal.

3) Gangguan ereksi

Pada hipospadia berat, penis bisa melengkung saat ereksi, yang dapat menyebabkan rasa sakit dan gangguan fungsi seksual.

4) Gangguan ejakulasi

Kelengkungan penis dan gangguan aliran urine dapat mempengaruhi kemampuan ejakulasi dan kesuburan.

b. Psikologis

1) Rendah diri dan kecemasan

Anak laki-laki dengan hipospadia mungkin merasa malu dan tidak percaya diri dengan kondisi mereka, terutama saat memasuki masa pubertas.

2) Gangguan perilaku

Beberapa anak mungkin mengalami masalah perilaku atau kesulitan bersosialisasi karena masalah citra diri.

c. Reproduksi

1) Kesulitan hamil

Hipospadia berat dapat menyebabkan kesulitan dalam mencapai kehamilan karena masalah ejakulasi dan posisi penis saat berhubungan seksual.

2) Gangguan kesuburan

Hipospadia tidak selalu menyebabkan infertilitas, beberapa penelitian menunjukkan bahwa hipospadia dapat mempengaruhi kesuburan pria.

2.2.7 Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis hipospadia dilakukan melalui tindakan pembedahan. Waktu yang ideal untuk melaksanakan operasi ini adalah saat anak berusia 6 bulan. Teknik yang digunakan untuk memperbaiki hipospadia bervariasi tergantung pada waktu pelaksanaan operasi. Pasien hipospadia dilakukan tindakan pembedahan urethroplasty dan chordectomy (Noegroho et al., 2018).

Uretroplasty adalah prosedur pembedahan pada uretra yang bertujuan untuk memperbaiki striktur (penyempitan) uretra akibat jaringan parut, trauma, infeksi, inflamasi atau kelainan kongenital sehingga aliran urin dapat kembali normal (Goncalves, 2020). Uretroplasty bermanfaat untuk tingkat kesembuhan jangka tinggi (85-90 %), mengurangi risiko infeksi retensi urin, dan menghindari kateterisasi atau dilatasi berulang (Goncalves, 2020).

Sebelum menjalani operasi, anak akan diberikan anestesi umum, yang akan membuatnya tertidur dan tidak merasakan sakit selama prosedur. Cacat ringan biasanya dapat diperbaiki dalam satu prosedur, sementara cacat yang lebih parah mungkin memerlukan dua atau lebih prosedur. Dokter bedah akan menggunakan sepotong kecil kulup atau jaringan dari area lain untuk membuat tabung yang akan memperpanjang uretra anak, sehingga uretra dapat terbuka di ujung penis (Mendri, 2018).

b. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Pemeriksaan genetalia
- 2) Palpasi abdomen untuk melihat distensi baldder atau pembesaran pada ginjal.
- 3) Kaji fungsi perkemihan.
- 4) Adanya lekukan pada ujung penis.
- 5) Melengkungnya penis ke bawah dengan atau tanpa ereksi
- 6) Terbukanya urethral pada ventral
- 7) Pengkajian setelah pembedahan; pembengkakan penis, pendarahan, dys-uria, drainage (Mendri, 2018).

2.3 Konsep Nyeri

2.3.1 Definisi Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang sudah terjadi atau yang mungkin terjadi. Sebagai pengalaman yang bersifat subjektif, nyeri dipengaruhi oleh berbagai faktor biologis, psikologis, dan sosial (Raja et al., 2020). Nyeri merupakan kondisi yang ditandai oleh perasaan tidak menyenangkan dan bersifat sangat subjektif. Tingkat dan skala nyeri dapat bervariasi antara individu, dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri tersebut (Tetty, 2020).

Nyeri dapat dianggap sebagai mekanisme perlindungan yang meningkatkan kesadaran akan adanya kerusakan jaringan yang sedang atau mungkin terjadi. Karena perannya yang penting untuk kelangsungan hidup, nosiseptor (reseptor nyeri) tidak beradaptasi terhadap rangsangan yang berulang atau berkepanjangan. Pengalaman nyeri yang tersimpan dalam ingatan membantu kita menghindari situasi berbahaya di masa depan. Nyeri merupakan bentuk ketidaknyamanan, baik secara sensorik maupun emosional, yang berkaitan dengan risiko atau adanya kerusakan jaringan tubuh. Nyeri muncul ketika jaringan mengalami kerusakan, mendorong individu untuk bereaksi guna mengurangi rasa sakit tersebut (Faisol, 2022).

2.3.2 Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum menurut Tim Pokja DPP PPNI (2017) yaitu:

1. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang terkait dengan kerusakan jaringan yang nyata atau fungsional. Nyeri ini dapat muncul secara mendadak atau bertahap, dengan intensitas yang bervariasi dari ringan hingga berat, dan biasanya berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja DPP PPNI, 2017). Nyeri akut menandakan bahwa kerusakan atau cedera telah terjadi. Kerusakan tersebut bersifat sementara dan tidak disertai penyakit sistemik, nyeri akut biasanya akan berkurang seiring dengan proses penyembuhan. Nyeri ini berlangsung kurang dari tiga bulan, seringkali bahkan kurang dari satu bulan. Salah satu contoh nyeri akut adalah nyeri pasca pembedahan (Meliala & Suryamiharja, 2020).

2. Nyeri Kronik

Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional yang terkait dengan kerusakan jaringan yang nyata atau fungsional. Nyeri ini dapat muncul secara mendadak atau bertahap, dengan intensitas yang bervariasi dari ringan hingga berat, dan bersifat konstan, berlangsung lebih dari tiga bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Nyeri kronis merupakan rasa sakit yang berlanjut secara terus-menerus, melebihi waktu penyembuhan yang seharusnya. Dalam praktik sehari-hari, dua titik waktu yang umum digunakan untuk mendefinisikan nyeri kronis adalah 3 bulan dan 6 bulan setelah cedera pertama kali. Proses peralihan dari nyeri akut ke nyeri kronis didasari oleh sensitasi neuron nosiseptif, baik di tingkat perifer maupun sentral (Carley, et al., 2021).

2.3.3 Etiologi Nyeri

Etiologi menurut Tim Pokja DPP PPNI (2017) yaitu :

1. Nyeri fisiologi atau nyeri organik

Nyeri ini disebabkan oleh kerusakan pada organ tubuh, dan penyebabnya umumnya mudah dikenali, seperti akibat cedera, penyakit, atau pembedahan pada satu atau beberapa organ.

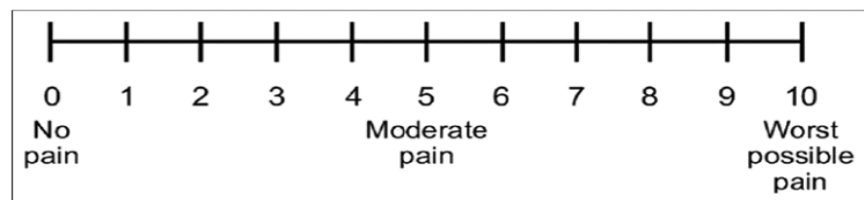
2. Nyeri psikogenik

Nyeri ini muncul akibat efek psikogenik, seperti kecemasan dan ketakutan, yang dirasakan oleh klien.

2.3.4 Metode Pengukuran Nyeri

1. Skala Numerik

Skala numerik (*Numerical Rating Scale*, NRS) digunakan sebagai alternatif untuk mendeskripsikan nyeri dengan kata-kata. Dalam skala ini, pasien menilai nyeri dari 0 hingga 10, di mana angka 0 menunjukkan bahwa klien tidak merasakan nyeri, dan angka 10 menggambarkan nyeri yang paling hebat. Skala ini efektif untuk mengevaluasi intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Sebagai contoh, pada hari pertama pascaoperasi, klien melaporkan skala nyeri sebesar 8, sementara pada hari kedua, setelah dilakukan pengkajian, klien melaporkan penurunan nyeri menjadi 4 (Herr, et al., 2018).



Gambar 3 Skala Numerik Herr et al.,(2018) dalam Paluwih et al.,(2019)

Keterangan :

- 0 : Tidak nyeri
- 1-3 : Nyeri ringan, secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.
- 4-6 : Nyeri sedang, secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.
- 7-9 : Nyeri berat, secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisis nafas panjang dan distraksi.

10 : Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi
(Prasetyo, 2019)

2. Skala Wajah

Pada populasi anak-anak dapat digunakan skala wajah bayang berisi 6 wajah. Urutan wajah tersebut menggambarkan angka 0 “tidak sakit(wajah senang)” sampai dengan angka 5 “sakit hebat yang dapat dibayangkan (wajah menangis)”. Skala nyeri wajah dapat diukur dalam bentuk revisi yang menggambarkan skala 0-10 dengan 6 wajah. Hal ini untuk membuat konsisten dengan pengukuran VAS dan NRS. Nilai skala untuk 6 wajah tersebut adalah 0-2-4-6-8-10 (Hauget, et al., 2020).



Gambar 4 Skala Wajah (Hauget,2019)

Berikut skala nyeri yang dinilai berdasarkan ekspresi wajah :

Wajah 0 : Tidak merasa sakit sama sekali.

Wajah 1-3 : Sakit hanya sedikit.

Wajah 4-5 : Sedikit lebih sakit atau nyeri sedang

Wajah 6-7 : Nyeri cukup berat

Wajah 8-9 : Nyeri berat

Wajah 10 : Nyeri sangat berat

2.3.5 Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri bersifat sangat individual, di mana intervensi yang berhasil untuk satu klien mungkin tidak efektif untuk klien lainnya. Hal ini disebabkan oleh perbedaan dalam mekanisme coping antara individu. Beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi nyeri antara lain:

1. Terapi Farmakologis

Analgesik adalah metode yang paling umum digunakan untuk mengatasi nyeri. Meskipun analgesik dapat secara efektif menghilangkan

nyeri, perawat dan dokter sering kali ragu untuk menerapkan upaya analgesik dalam penanganan nyeri. Hal ini disebabkan oleh informasi yang tidak akurat mengenai obat, kekhawatiran klien tentang kemungkinan ketagihan, kecemasan akan kesalahan dalam penggunaan analgesik narkotik, serta pemberian dosis yang kurang dari yang diresepkan (Andarmoyo, 2018).

2. Terapi Non Farmakologis

Manajemen nyeri nonfarmakologis adalah pendekatan untuk mengurangi respons nyeri tanpa menggunakan obat-obatan (Andarmoyo, 2018). Beberapa tindakan nonfarmakologis yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri antara lain:

a. Distraksi

Distraksi adalah teknik yang memfokuskan perhatian pasien pada hal-hal lain selain nyeri dengan mengalihkan perhatian pasien dari rasa sakit, diharapkan mereka tidak lagi terfokus pada nyeri tersebut, yang dapat mengurangi kewaspadaan terhadap rasa sakit dan meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

b. Relaksasi

Relaksasi adalah proses pelepasan otot yang dapat mengurangi ketegangan dan dapat mengurangi rasa nyeri. Teknik yang dapat dilakukan untuk mencapai relaksasi ini meliputi pernapasan dalam secara teratur, yaitu dengan menghirup udara melalui hidung, menahan sejenak, dan kemudian mengeluarkannya perlahan melalui mulut.

c. Imajinasi terbimbing

Imajinasi terbimbing adalah teknik yang memanfaatkan imajinasi seseorang dengan cara yang dirancang khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Tindakan ini memerlukan konsentrasi yang baik, oleh karena itu penting untuk menciptakan kondisi lingkungan yang mendukung, seperti menghindari kegaduhan, kebisingan, bau

menyengat, dan cahaya yang terlalu terang, agar tidak mengganggu konsentrasi klien.

2.4 Konsep Distraksi Audiovisual

2.4.1 Definisi Distraksi Audiovisual

Teknik distraksi adalah pengalihan dari fokus perhatian terhadap nyeri ke stimulus yang lain. Teknik distraksi dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori bahwa aktivasi retikuler menghambat stimulus nyeri. jika seseorang menerima input sensori yang berlebihan dapat menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak (nyeri berkurang atau tidak dirasakan oleh klien). Stimulus yang menyenangkan dari luar juga dapat merangsang sekresi endorfin, sehingga stimulus nyeri yang dirasakan oleh klien menjadi berkurang (Tamsuri, 2017). Distraksi audiovisual adalah suatu metode pengalihan perhatian yang menggunakan rangsangan visual (penglihatan) dan auditori (pendengaran) secara bersamaan untuk mengurangi persepsi terhadap rasa nyeri, kecemasan, atau ketidaknyamanan selama prosedur medis atau situasi stres (Mulyono, 2020).

2.4.2 Tujuan Distraksi Audiovisual

Distraksi audiovisual digunakan dalam berbagai konteks klinis dan terapeutik, terutama untuk mendukung kenyamanan pasien selama prosedur medis atau dalam situasi stres (Saputra dkk., 2021). Pada saat individu melakukan teknik distraksi audio dan stimulus nyeri sudah mencapai otak, maka pusat korteks di otak akan memodifikasi nyeri kemudian alur saraf desenden menghantar persepsi nyeri, kemudian akan melepaskan opiate endogen (endorphin) yang akan menurunkan nyeri (Mahanani dkk., 2023).

2.4.3 Manfaat Distraksi Audiovisual

Manfaat teknik distraksi audio visual dapat mengatasi cemas berdasarkan teori aktivasi retikuler, yaitu dapat menghambat stimulus nyeri ketika menerima masukan sensor yang cukup atau berlebihan sehingga menyebabkan terhambatnya impuls cemas ke otak sehingga cemas dan nyeri berkurang (Novitasari, 2021). Distraksi audiovisual memberikan berbagai manfaat, terutama dalam konteks klinis, psikologis, dan terapi non-farmakologis (Anisyah, 2023). Distraksi dapat

mengurangi nyeri melalui mekanisme fisiologis dan psikologis yang saling berkaitan, nyeri ditransmisikan ke otak melalui serabut saraf berdiameter kecil (A-delta dan C) yang membawa impuls nyeri dari perifer menuju medula spinalis. Ketika diberikan stimulasi non-nyeri seperti rangsangan audiovisual, serabut saraf berdiameter besar (A-beta) akan teraktivasi dan menutup “gerbang” transmisi nyeri pada tingkat dorsal horn medula spinalis. Hal ini menghambat atau mengurangi jumlah impuls nyeri yang diteruskan ke otak. Selain itu, distraksi juga mengalihkan fokus perhatian pasien dari stimulus nyeri ke stimulus lain yang lebih menarik, sehingga persepsi nyeri menurun. Proses ini memicu aktivasi sistem modulasi nyeri sentral, termasuk korteks prefrontal, periaqueductal gray (PAG), dan sistem limbik, yang kemudian meningkatkan pelepasan neurotransmitter penghambat seperti endorfin, serotonin, dan norepinefrin. neurotransmitter tersebut memiliki efek analgesik alami yang mampu menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan. Distraksi audio visual dapat merangsang peningkatan hormon endorfin yang merupakan substansi sejenis morfin yang disuplai oleh tubuh, endorfin akan memblokir lepasnya substansi P dari neuron sensorik, sehingga sensasi nyeri menjadi berkurang (Potter & Perry, 2020).

2.4.4 Kelebihan dan Kekurangan Distraksi Audiovisual

1. Kelebihan
 - a. Menambah pengalaman dasar bagi anak
 - b. Menampilkan suatu proses secara tepat dan bisa diputar berkali-kali
 - c. Meningkatkan motivasi, menanamkan sikap-sikap dan segi afektif lainnya
 - d. Menarik pemikiran atau pembahasan anak pada video yang mengandung nilai positif
2. Kekurangan
 - a. Informasi yang disampaikan dalam film belum tentu bisa diikuti semua anak
 - b. Tidak semua film atau video yang ada sesuai dengan materi yang dibutuhkan, kecuali telah direncanakan untuk kalangan sendiri.

- c. Dampak radiasi jika menggunakan media hp, laptop pada anak (Mulyono, 2020)
- 3. Teknik meminimalisir kekurangan terapi distraksi audiovisual
 - a. Mendampingi anak selama memberikan intervensi
 - b. Melibatkan orang tua selama memberikan intervensi
 - c. Menetapkan durasi menonton 10-15 menit
 - d. Mendownload video terlebih dahulu untuk meminimalisir bahaya radiasi pada pasien
 - e. Mengatur jarak antara pasien dengan media intervensi kurang lebih 1 meter.

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Post *Uretroplasty*

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap pertama dari proses keperawatan. Pada tahap ini semua data dikumpulkan secara sistematis untuk mengetahui kesehatan klien. Pengkajian ini merupakan yang paling penting untuk mengumpulkan informasi dan menghasilkan diagnosa keperawatan yang tepat pada klien (Prabowo, 2017). Pada klien dengan post operasi uretroplasty ec hipospadia pengkajian utama yang dilakukan adalah mengkaji pembengkakan penis, pendarahan, *dys-uria* drainage (Mendri, 2018).

a. Identitas

Nama : sesuai nama klien

Umur : sering terjadi pada bayi

Jenis kelamin : laki-laki

Diagnosa medis : Hipospadia

b. Keluhan Utama

Pada umumnya orang tua klien mengeluh nyeri luka post operasi uretroplasty dengan kondisi anaknya karena penis yang tidak sesuai dengan anatomis penis biasa karena melengkung kebawah dan terdapat lubang kencing yang tidak pada tempatnya.

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Penyakit Sekarang

Pada klien dengan hipospadia ditemukan adanya lubang kencing yang tidak pada tempatnya sejak lahir dan belum diketahui dengan pasti penyebabnya.

2) Riwayat Penyakit Kesehatan Dahulu

Adanya riwayat ketidakseimbangan hormon dan faktor lingkungan yang mempengaruhi kehamilan ibu, seperti terpapar dengan zat atau polutan yang bersifat tertogenik yang menyebabkan terjadinya mutasi gen yang dapat menyebabkan pembentukan penis yang tidak sempurna.

3) Riwayat Kehamilan dan Kelahiran

Riwayat kontrasepsi oral pada ibu, hamil tua, berat badan lahir rendah dan kehamilan gemeli (Daryanto, 2018).

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Status subfertil dari ayah, riwayat ayah dengan hipospadia, riwayat ayah dengan kriptokismus, riwayat ayah perokok aktif, paparan pestisida pada ayah dan ibu (Daryanto, 2018).

d. Pemeriksaan Kesehatan Fungsional

1) Pola Nutrisi

Sebelum tindakan operasi tidak ada masalah pada pola nutrisi, nafsu makan normal, setelah dilakukan tindakan operasi nafsu makan sedikit berkurang disebabkan nyeri yang dirasakan.

2) Pola Aktivitas

Pola aktivitas klien dengan hipospadia normal seperti anak pada umumnya dan tidak ada masalah.

3) Pola Istirahat

Pada klien dengan hipospadia tidak ada masalah pada pola tidur, pola tidur normal kecuali pada saat dirawat di rumah sakit

4) Pola Eliminasi

Pada saat buang air kecil, pada klien hipospadia mengalami kesulitan karena penis yang bengkok mengakibatkan pancaran urin mengarah kearah bawah dan menetes melalui batang penis (Krisna & Maulana, 2017).

5) Pola Reproduksi dan Seksualitas

Pada klien dengan hipospadia jika tidak segera diatasi dengan tindakan pembedahan maka akan mengalami masalah dalam hal pola seksualitas.

6) Persepsi, Pemeliharaan dan Pengetahuan

Keluarga klien dengan hipospadia biasanya tidak mengetahui penyakit yang dialami oleh anaknya dikarenakan kurangnya pemahaman terhadap penyakit tersebut dan pada umumnya pemeliharaan kesehatan klien tidak ada masalah.

7) Kognitif dan Persepsi

Pada klien dengan hipospadia tidak memiliki masalah pada memorinya.

8) Pola Hubungan Peran

Pada klien dengan hipospadia tidak memiliki masalah pada orang disekitarnya, pola hubungan terjalin dengan baik.

e. Data Penunjang

Tidak ada pemeriksaan laboratorium yang disarankan untuk penegakkan pasti diagnosis hipospadia. USG Ginjal disarankan untuk mengetahui adanya anomali lainnya pada saluran kemih pada pasien hipospadia. *Karyotyping* disarankan pada pasien dengan ambigu genitalia ataupun *cryptorchidism*. Beberapa test seperti elektrolit, 17-*hydroxyprogesterone*, *testosterone*, *luteinizing hormon*, *folliclestimulating hormon*, *sex hormon binding globulin*, dan beberapa tes genetik dipertimbangkan apabila memungkinkan (Duta et al., 2017). Namun ada beberapa pemeriksaan penunjang yang biasanya dilakukan yaitu :

1) Laboratorium

Darah lengkap, fungsi ginjal, fungsi hati, urin lengkap, kultur urin, tes kepekaan kuman terhadap antibiotika.

2) Radiologi

Rontgen thorax

3) Genetik

Analisa kromosom (jika terdapat UDT)

4) Persiapan operasi

Gula darah, sistem pembekuan darah, elektrokardiografi (EKG), foto thorax jika diperlukan (Tekgul & Riedmiller, 2017).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan hipospadia post operasi urethroplasty yaitu (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dengan tanda dan gejala yang mungkin muncul yaitu tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis
- b. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi dengan tanda dan gejala yang mungkin muncul yaitu kerusakan jaringan atau lapisan kulit, perdarahan, kemerahan, hematoma, dan nyeri.
- c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional dengan tanda dan gejala yang mungkin muncul yaitu merasa bingung, merasa khawatir

dengan akibat, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur

- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dengan tanda dan gejala yang mungkin muncul yaitu menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang
- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dengan tanda dan gejala yang mungkin muncul yaitu mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup
- f. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Luaran (outcome) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat di observasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku atau dari persepsi pasien keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan (TIM Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Tabel 1

Intervensi Keperawatan pada klien Hipospadia

DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		
	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil: 1. Nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Frekuensi nadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri (PQRST) 2. Identifikasi respon nyeri non verbal Terapeutik 3. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi nafas dalam) Edukasi 4. Edukasi pada klien dan keluarga terkait penyebab, periode dan pemicu nyeri Kolaborasi 5. Kolaborasi dengan dokter terkait pemberian analgetik	1. Diketahui tingkat nyeri klien membantu dalam menentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan. 2. Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan klien 3. Nafas dalam dapat melancarkan sirkulasi oksigen di dalam tubuh, membuat sirkulasi darah lancar, dan vena melebar sehingga bisa mengurangi nyeri. 4. Dapat meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga terkait penyebab, periode dan pemicu nyeri. 5. Terapi farmakologi yang tepat dapat mengurangi keluhan nyeri
Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (D.0129)	Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan defisit perawatan diri teratasi dengan kriteria	Perawatan Luka (I.14564) Observasi 1. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 2. Bersihkan luka dengan cairan NaCl 3. Pertahankan teknik steril saat	1. Diketahuinya tanda-tanda infeksi lebih awal akan mencegah terjadinya komplikasi 2. Cairan NaCl tidak mengganggu proses penyembuhan luka 3. Teknik steril menurunkan resiko

DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		
	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL
Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)	hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Perdarahan menurun 3. Kemerahan menurun	melakukan perawatan luka 4. Ganti balutan sesuai jumlah jenis luka Edukasi 5. Anjurkan klien untuk mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein Kolaborasi 6. Kolaborasi dengan dokter terkait pemberian antibiotik	terserang mikroorganisme pada luka 4. Melindungi luka dari infeksi 5. Makanan tinggi kalori dan protein dapat mempercepat proses penyembuhan luka 6. Terapi farmakologi cefotaxime yang tepat dapat menurunkan risiko infeksi pada luka
	Tingkat Ansietas (L.09093) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ansietas teratasi dengan kriteria hasil: 1. Perilaku gelisah menurun 2. Perilaku tegang menurun 3. Frekuensi nadi membaik 4. Pola tidur membaik	Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal) Terapeutik 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Pahami situasi yang membuat ansietas 6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan	1. Untuk mengetahui tingkat kecemasan klien 2. Agar klien dapat menentukan pilihannya sendiri 3. Mengetahui tanda dan gejala ansietas yang dialami klien 4. Menumbuhkan rasa saling percaya pada klien 5. Memahami klien dapat mengurangi ansietasnya 6. Mengetahui penyebab kecemasan klien 7. Agar klien mengetahui kondisinya 8. Pendampingan keluarga dapat meringankan ketegangan klien 9. Distraksi atau pengalihan dapat

DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		
	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL
Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)	Perawatan Diri (L.11103) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan defisit perawatan diri teratasi dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan berpakaian meningkat 3. Kemampuan toileting meningkat	Edukasi 7. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 8. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 9. Latih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan 10. Latih teknik relaksasi Kolaborasi 11. Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, jika perlu	mengatasi ansietas 10. Relaksasi dapat meringankan ansietas 11. Obat ansietas dapat menurunkan kecemasan klien
		Dukungan Perawatan Diri (L.11348) Observasi 1. Monitor tingkat kemandirian 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 3. Siapkan keperluan pribadi (air hangat, waslap, sabun mandi, pakaian, parfum dll) 4. Bantu klien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri sampai mandiri	1. Diketuainya tingkat kemandirian klien dapat membantu dalam mendiagnosis dan menentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan 2. Diketuainya kebutuhan perawatan diri yang diperlukan oleh klien 3. Tersedianya keperluan alat kebersihan diri klien 4. Termotivasi untuk melakukan perawatan diri secara mandiri 5. Memandirikan klien dalam perawatan diri secara konsisten sesuai

DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		
	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL
Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (D.0055)	Pola tidur (L.05045) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan pola tidur dapat teratasi, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur membaik 2. Keluhan pola tidur membaik 3. Istirahat cukup meningkat	Edukasi 5. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	kemampuan
		Dukungan Tidur (I.09265) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur Terapeutik 3. Modifikasi lingkungan (misal: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan	1. Diketuinya kondisi pola aktivitas dan tidur klien 2. Diketuinya faktor pengganggu tidur klien dapat membantu dalam menentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan 3. Lingkungan yang nyaman dapat meningkatkan kualitas tidur klien 4. Mempercepat mengawali tidur dan memperbaiki siklus tidur 5. Meningkatkan pengetahuan klien terkait tidur yang cukup selama sakit
Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)	Tingkat infeksi (L.14137) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko infeksi dapat teratasi, dengan kriteria hasil: 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Bengkak menurun dari 3	Edukasi 4. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	
		Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien 3. Pertahankan teknik aseptik pada klien	1. Tanda gejala infeksi menjadi acuan dalam menentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan. 2. Cuci tangan dapat mencegah kontaminasi kuman 3. Teknik aseptik menurunkan resiko terserang infeksi 4. Pengetahuan penting untuk proses penyembuhan luka klien

DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		
	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL
	menjadi 5	Edukasi 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi kepada klien dan keluarga 5. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar kepada klien dan keluarga Kolaborasi 6. Pemberian antibiotic, jika perlu	5. Cuci tangan meminimalisir risiko infeksi. 6. Terapi antibiotik yang tepat dapat menurunkan risiko infeksi

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau tindakan keperawatan adalah suatu perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Menurut Mufidaturrohman (2017) implementasi merupakan pelaksanaan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan tersebut mencakup tindakan mandiri keperawatan dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri dilakukan perawat sendiri dan bukan merupakan petunjuk maupun perintah dari petugas kesehatan lain. Bentuk dari implementasi keperawatan yaitu mulai dari pengkajian untuk mengidentifikasi masalah, pendidikan kesehatan pada klien untuk membantu menambah pengetahuan tentang kesehatan, konseling, penatalaksanaan atau tindakan keperawatan untuk memecahkan masalah kesehatan, membantu memandirikan klien, konsultasi dan diskusi dengan tenaga kesehatan lainnya.

Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam melakukan implementasi yaitu tindakan keperawatan yang dilakukan harus sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan, dilakukan dengan cara aman serta sesuai dengan kondisi klien, harus dievaluasi terkait keefektifan dan pendokumentasian keperawatannya yang benar. Kegiatan yang dilakukan pada tahap implementasi dimulai dari pengkajian lanjutan, membuat prioritas masalah, menghitung alokasi tenaga, membuat intervensi keperawatan dan melakukannya, serta mendokumentasikan tindakan beserta respon klien terhadap tindakan yang telah dilakukan (LeMone, et al., 2020).

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Mufidaturrohman (2017) tujuan dan evaluasi adalah untuk mengetahui sejauh mana perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang berikut.

a. Evaluasi Proses

Aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi ini harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan diimplementasikan agar dapat mengetahui efektifitas intervensi

tersebut. Evaluasi proses harus terus menerus dilaksanakan hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai.

b. Evaluasi Hasil

Fokus evaluasi hasil adalah perubahan perilaku atau status kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan. Evaluasi keperawatan disusun berdasarkan S.O.A.P yang operasional:

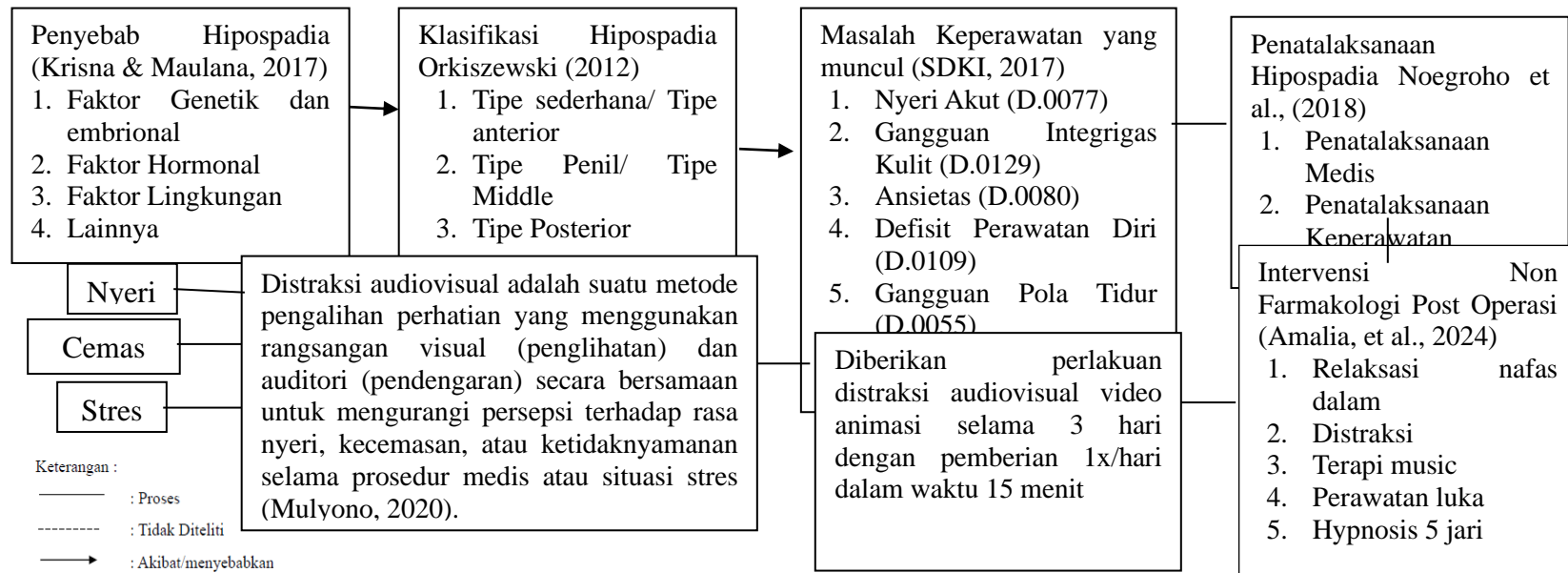
S (Subyektif): merupakan ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh klien setelah diberikan tindakan keperawatan.

O (Obyektif): merupakan keadaan objektif yang dapat dilihat dan identifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif setelah tindakan keperawatan dilakukan.

A (Assesment): merupakan analisa perawat setelah mengetahui respons subjektif dan objektif klien dengan membandingkan dengan kriteria dan standar serta mengacu pada tujuan keperawatan

P (Plan) : perencanaan tindak lanjut setelah perawat melakukan analisis.

2.6 Kerangka Konseptual Pengaruh Distraksi Audiovisual



Gambar 5 Bagan Kerangka Konseptual Pengaruh Distraksi Audiovisual
Mulyono, (2020)