

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN RASA
AMAN DAN NYAMAN PADA TN.K DI RUANG TERATAI
RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN**

Diajukan Untuk Memenuhi Tugas Akhir Ujian Komprehensif

Jenjang Pendidikan Diploma III Keperawatan

Pendidikan Ahli Madya Keperawatan



,Disusun Oleh :

Herlina Yulianti Kulsum

A01301763

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
2016**

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING

Laporan Hasil Ujian Komprehensif dengan judul “Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman Pada Tn. K di Ruang Teratai RSUD Prof Dr. Soedirman Kebumen”

yang disusun oleh:

Nama : Herlina Yulianti Kulsum

NIM : A01301763

telah Diterima dan Disetujui oleh Pembimbing Ujian Akhir Diploma III Keperawatan STIKes Muhammadiyah Gombong pada:

Hari/ Tanggal : Senin, 25 Juli 2016

Tempat : STIKes Muhammadiyah Gombong

Pembimbing



(Irmawan Andri Nugroho, S. Kep., Ns., M. Kep)

LERMBAR PENGESAHAN PENGUJI

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN RASA
AMAN DAN NYAMAN PADA TN.K DI RUANG TERATAI
RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN**

Yang di persiapkan dan disusun oleh

Herlina Yulianti Kulsum

A01301763

Telah diperthankan di depan Dewan Penguji

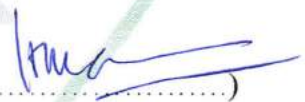
Padatanggal 5 Agustus 2016

Susunan Dewan Penguji

1. Arnika Dwi Asti, M.Kep

()

2. Irmawan Andri Nugroho, S.Kep.,Ns., M. Kep

()

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan

STIKES Muhammadiyah Gombong



(Sawiji, S.Kep.,Ns.,M.Sc)

Program DIII Keperawatan

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong

Laporan Keperawatan, juli 2016

Herlina Yulianti Kulsum¹, Irmawan Andri Nugroho²

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA AMAN DAN NYAMAN PADA TN.K DI RUANG TERATAI RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

Latar belakang: Nyeri merupakan pengalaman seseorang yang di gambarkan secara berbeda setiap orang. Setiap individu memiliki pengalaman nyeri dalam skala tertentu. Nyeri bersifat subyektif, dan persepsi individu terhadap pengalaman nyerinya. Dari hasil penelitian sebagian pasien pasca bedah abdomen merasakan nyeri dengan intensitas sedang (57,4%), diikuti intensitas nyeri ringan (22,2%), dan sisanya pasien dengan intensitas nyeri berat (20,4%). Dan menurut Sutanto (2004 & CitNovarizki, 2009) Pasca pembedahan pasien mengalami nyeri hebat diantaranya 75% penderita mempunyai pengalaman yang kurang menyenangkan akibat pengelolaan nyeri yang tidak adekuat.

Tujuan: untuk memenuhi kebutuhan rasa aman dan nyaman pada pasien.

Asuhan Keperawatan: Keluhan Utama Nyeri luka post op, klien mengatakan nyeri di area bekas oprasi, nyeri muncul saat bergerak, nyeri seperti di tusuk-tusuk, nyeri di luka post operasi perut bagian kanan bawah, skala nyeri 6, nyeri hilang timbul durasi 3 menit.

Analisa Tindakan: Penggunaan teknik distraksi relaksasi otot progresif dapat mengurangi skala nyeri. Pasien tersebut di beri teknik distraksi relaksasi otot progresif mengatakan nyeri berkurang.

Kesimpulan: Pasien yang mengalami penbedahan pastiakan mengalami nyeri akut yang bisa terganggunya kebutuhan rasa aman dan nyaman, sehingga bisa di lakukan teknik distraksi relaksasi otot progresif.

Kata kunci: nyeri, rasa aman dan nyaman, distraksi relaksasi otot progresif.

**Diploma III Nursing Program Diploma III of Nursing Program
Muhammadiyah Gombong School of Health Science**

Nursing Care Report, July 2016

Herlina Yulianti Kulsum¹, Irmawan Andri Nugroho²

ABSTRACT

**NURSING CARE OF MR. K WITH SAFETY AND PLEASANT
FULFILLMENT IN TERATAI WARD DR. SOEDIRMAN
KEBUMEN STATE HOSPITAL**

Background: Pain is an experience of someone who is portrayed differently each person. Every individual has the experience of pain in a certain scale. Pain is subjective, and the individual's perception of pain experience. From the research some patients with postoperative abdominal pain of moderate intensity (57.4%), followed by mild pain intensity (22.2%), and the remaining patients with severe pain intensity (20.4%). And according to Sutanto (2004 & Cit Novarizki 2009) Post-surgery patients experience severe pain among 75% of patients had a less pleasant experience due to inadequate pain management.

Nursing goal: to meet the needs of safety and comfort for patients.

Nursing care: Complaints Main Painful sores post-op, the client says pain in the area of the former oprasi, pain appears when moving, pain like 'pins and needles, pain in the wound postoperative lower right abdomen, pain scale 6, pain intermittent duration of 3 minutes.

Analysis Measures: use progressive muscle relaxation distraction techniques can reduce the pain scale. The patient was given a distraction, progressive muscle relaxation technique say the pain has subsided.

Conclusions: patients with penbedahan surely will experience acute pain can be the disruption of security and comfort needs, so they can do progressive muscle relaxation distraction techniques.

Keywords: pain, a sense of security and comfort, distraction, progressive muscle relaxation.

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warohmatullohi Wabarokatuh

Dengan mengucapkan syukur alhamdulillah kehadirat Allah S.W.T yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan lapran ujian komprehensi ini dengan “Asuhan Keperawatan pada Tn.K dengan diagnosa post op Hernia H+0 di bangsal Teratai RSUD Dr.Soedirman Kebumen”. Terwujudnya laporan ini tidak terlepas dari bantuan teman-teman, dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini penulis menyampaikan penghargaan yang sebesar-besarnya dan ucapan terimakasih yang tulus kepada:

1. Bpk. Madkhan Anis, M. Kep, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.
2. Bpk. Bambang Suryanto, M. Kes, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedirman Kebumen.
3. Bpk.Sawiji, S.Kep., Ns., Msc, selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.
4. Irmawan Andri Nugroho, S.Kep.,Ns., M. Kep, selaku Dosen Pembimbing Karya Tulis Ilmiah.
5. Ibu Ike Mardiaty Agustin, M.Kep.Sp.Kep. J, selaku pembimbing akademik yang selama ini telah membimbing dengan sangat baik dan sabar, Ibu Nurlaila, M. Kep. Ns, selaku dosen yang selalu memberi motivasi, Bpk. Bambang Utoyo, M. Kep, selaku dosen pengajar yang tidak ada bosannya membagi ilmu, beserta seluruh staf dan karyawan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong yang telah banyak membantu dalam penyelesaian laporan.
6. Orang tuaku tercinta, ayahku bapak Sarikin, ibuku ibu Supri Yanti, adikku Adi Wijaya, Arianto Wijaya, Sulistiono Wijaya serta keluarga semua yang selalu memberikan dukungan do'a dan semangat, baik moral dan materi serta motivasi.
7. Tn.K dan keluarganya selaku pasien kelolaan selama 3 hari di RSUD Dr. Soedirman Kebumen.

8. Teman-teman seperjuanganku Nofidon laela, Jehan Pristia, Nesi Nuristiqomah, dan teman 3B semua yang telah membantuku dalam penyusunan laporan ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan makalah ini masih jauh dari kesempurnaan baik dari segi bentuk maupun isinya. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi perbaikan penyempurnaan makalah ini.

Wassalamu'alaikum Warohmatullohi Wabarokatuh

Gombong, 05 Agustus 2016

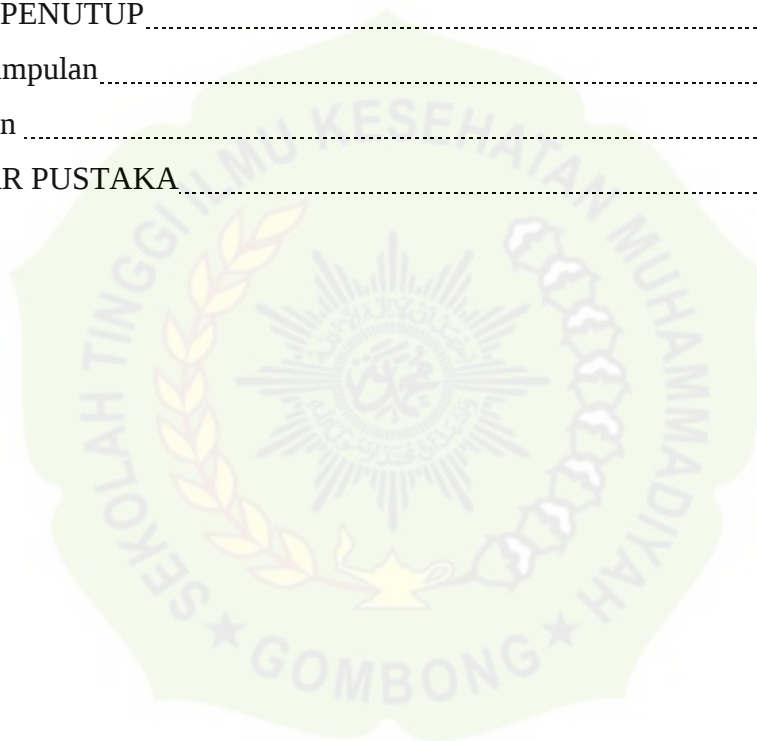
Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING	ii
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
a. Tujuan Umum	4
b. Tujuan Kkusud	4
C. Manfaat Penulisan	5
BAB II KONSEP DASAR	6
A. Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman	6
a. Definidi rasa aman	6
b. Definisi rasa nyaman	7
B. Gangguan Rasa Aman dan Nyaman Nyeri	8
1. Definisi nyeri	8
2. Fisiologi nyeri	9
3. Respon nyeri	10
4. Karakteristik nyeri	11
5. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri	11
6. Pengkajian nyeri	13
7. Karakteristik nyeri berdasarkan skala	14
8. Penatalaksanaan nyeri non farmakologi Distraksi Relaksasi	16
9. Distraksi Relaksasi Otot Progresif	18

BAB III RESUME KEPERAWATAN.....	21
A. Pengkajian.....	21
B. Analisa Tindakan.....	24
C. Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi	25
BAB IV PEMBAHASAN.....	30
A. Penegakan Diagnosa.....	30
B. Proses Keperawatan.....	35
C. Analisa pelaksanaan inovasi keperawatan.....	41
BAB V PENUTUP.....	45
A. Kesimpulan.....	45
B. Saran	46
DAFTAR PUSTAKA.....	47



BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Nyeri merupakan pengalaman seseorang yang di gambarkan secara berbeda setiap orang. Setiap individu memiliki pengalaman nyeri dalam skala tertentu. Nyeri bersifat subyektif, dan persepsi individu terhadap pengalaman nyerinya. Nyeri merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan baik sensori ataupun emosional yang disebabkan karena kerusakan jaringan baik nyata atau potensial. Seseorang umumnya mencari tenaga kesehatan khususnya perawat untuk mengatasi nyeri karena dirasa mengganggu dan menyulitkan mereka. Perawat selalu berupaya mencari pendekatan yang paling efektif dalam upaya mengontrol nyeri (Potter & Perry, 2006).

Rasa nyeri merupakan suatu stressor yang dapat menimbulkan ketegangan bagi individu. Seseorang akan merespon secara perilaku dan biologis yang menimbulkan respon fisik dan psikis. Respon fisik meliputi keadaan umum, ekspresi wajah, nadi, pernafasan, suhu, sikap badan, apabila nyeri pada derajat yang berat dapat nyebabkan syok dan henti jantung. Respon psikis akibat nyeri dapat merangsang respons stress yang dapat menekan system imun dan peradangan, serta menghambat penyembuhan. Nyeri pada pasien dapat terjadi karena proses perjalanan penyakit maupun tindakan diagnostic dan invasif pada pemeriksaan (Smeltzer & Bare 2012).

Nyeri merupakan keluhan yang paling sering diungkapkan pasien setelah dilakukan tindakan pembedahan. *Herniotomy* merupakan salah satu tindakan pembedahan yang membuka atau memotong kantong hernia serta mengembalikan isi hernia ke cavum abdominalis.

Hernia inguinalis lateralis merupakan kasus yang banyak di temui dan sekitar 800.000 penderita menjalani oprasi herniotomy setiap taunnya, kasus hernia terjadi pada laki-laki 90% dan pada perempuan 10%. Hernia inguinalis

lateralis yang mengalami inkarserasi atau strangulasi bervariasi 5-15% pada seluruh dunia (Data rekam medis Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin Bandung (RSHS), 2008-2009).

Meinhart dan McCaffery, 1983; NIH, 1986 dalam Potter & Perry (2006) mengatakan hasil penelitian sebagian pasien pasca bedah abdomen merasakan nyeri dengan intensitas sedang (57,4%), diikuti intensitas nyeri ringan (22,2%), dan sisanya pasien dengan intensitas nyeri berat (20,4%). Dan menurut Sutanto (2004 & Cit Novarizki, 2009) Pasca pembedahan pasien mengalami nyeri hebat diantaranya 75% penderita mempunyai pengalaman yang kurang menyenangkan akibat pengelolaan nyeri yang tidak adekuat.

Hasil ini sesuai dengan Smeltzer & Bare (2012) menyatakan bahwa setelah menjalani tindakan pembedahan, pasien akan merasakan nyeri setelah tindakan operasi karena disebabkan adanya rangsangan mekanik yang disebabkan adanya luka, sehingga tubuh menghasilkan mediator-mediator kimia yang menjadikan nyeri di area luka. Berdasarkan penelitian, pasien pasca bedah abdomen yang menunjukkan intensitas nyeri sangat berat pada 48 jam pertama.

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara pengalaman nyeri yang dirasakan pasien pasca bedah abdomen. Dari 21 pasien pasca bedah abdomen yang mempunyai pengalaman nyeri di masa lalu hanya 1 pasien yang menunjukkan intensitas nyeri berat. Sedangkan dari 33 pasien pasca bedah abdomen tidak mempunyai pengalaman nyeri di masa lalu, 10 responden menunjukkan intensitas berat. Hasil ini sesuai dengan teori yang mengatakan, bahwa individu pernah mengalami nyeri maka di masa akan datang individu mampu mentoleransi nyeri dengan baik (Patter & Perry, 2006).

Pasien post operasi menginginkan pemulihan dan fungsi tubuh kembali normal sehingga memerlukan perawatan yang maksimal. Perawat menggunakan berbagai intervensi untuk menghilangkan nyeri atau mengembalikan kenyamanan. Ada beberapa metode untuk menghilangkan nyeri salah satunya teknik farmakologi yang merupakan cara paling efektif

untuk menghilangkan nyeri terutama untuk nyeri yang sangat hebat yang berlangsung berjam-jam atau bahkan berhari-hari. Penatalaksanaan nyeri secara farmakologi meliputi penggunaan opioid (narkotik), nonopoid/NSAIDs (*Nonsteroid Anti Inflammation Drugs*) serta ko-analgesik. Metode selanjutnya teknik non farmakologi yang di bagi menjadi dua yaitu penanganan berdasarkan stimulus fisik dan perilaku kognitif. Penanganan secara fisik meliputi stimulasi kulit, stimulasi elektrik saraf kulit traskutan eskipun (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*), akupuntur, dan pemberian plasebo. Sedangkan intervensi perilaku kognitif meliputi distraksi relaksasi imajenasi terbimbing, relaksasi otot progresif, umpan balik biologis, hypnosis, dan sentuhan terapeutik. tindakan tersebut bukan pengganti untuk obat-obatan, tindakan tersebut diperlukan untuk mempersingkat periode nyeri yang berlangsung hanya beberapa detik atau menit (Smelzer and Bate 2012).

Distraksi merupakan system aktivasi retikular mengkambat stimulus yang menyakitkan jika seseorang menerima masukan sensori yang cukup atau berlebihan. Stimulus yang menyenangkan menyebabkan pelepasan endofrin, distraksi mengalihkan perhatian klien ke hal lain dengan demikian menurunkan kewaspadaan terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Namun teknik distraksi hanya bekerja sangat singkat. Sedangkan relaksasi adalah kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress. Teknik relaksasi ini memberikan individu control diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri . teknik relaksasi merupakan upaya pencegahan yang membantu tubuh menjadi segar kembali dan beregenerasi setiap hari dan merupakan alternatif terhadap alkohol, merokok, atau makan yang berlebihan (Potter & Perry, 2012). Salah satu cara untuk mengurangi nyeri pada pasien dengan post op hernia yaitu melakukan distraksi relaksasi otot progresif.

Distraksi relaksasi di gunakan penulis pada kasus ini adalah distraksi relaksasi otot progresif. Distraksi relaksasi otot ptogresif yaitu teknik relaksasi yang memuaskan perhatian pada suatu aktifitas otot dengan mengidentifikasi otot yang tegang kemudian menurunkan ketegangan dengan dengan

menggunakan teknik rileksasi untuk mendapatkan perasaan rileks (Geldisa, 2015).

Di dukung penelitian yang di lakukan Di PKU Muhammadiyah Gombong tentang pengaruh teknik distraksi relaksasi terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi laparatomi (2009). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan intensitas nyeri sebelum dilakukan teknik distraksi relaksasi dengan prosentase tertinggi masuk interval nyeri skor 4 – 6 sebanyak 18 responden (41,86%), dan tidak ada responden (0,00%) dengan interval nyeri skor 0, 1 – 3. Intensitas nyeri setelah dilakukan teknik distraksi relaksasi dengan interval nyeri skor 4 – 6 sebanyak 25 responden (58,14%), dan tidak ada responden (0,00%) dengan interval nyeri skor 0.

Kondisi yang di alami klien saat dikaji klien mengatakan nyeri di area bekas oprasi, nyeri muncul saat bergerak, nyeri seperti di tusuk-tusuk, nyeri di luka post operasi perut bagian kanan bawah, skala nyeri 6, nyeri hilang timbul durasi 3 menit, klien tampak meringis kesakitan saat di tekan area bekas luka post op, terdapat luka bekas post op hernia di region 9.

Melihat bahwa nyeri pada luka post oprasi akan memberikan dampak terhadap kualitas sumber daya manusia dan kesehatan yang cukup besar, maka penulis tertarik untuk mengambil kasus “Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Rasa Aman dan Nyaman Pada Tn.K Di Ruang Teratai Rsud Dr. Soedirman Kebumen”.

B. TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan umum

Untuk memberikan gambaran asuhan keperawatan Gangguan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada pada Tn.K di ruang Teratai RSUD Dr. Soedirman Kebumen.

2. Tujuan khusus

- a. Memaparkan hasil pengkajian pasien post operasi hernia dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada Tn.K di ruang Teratai RSUD Dr. Soedirman Kebumen.

- b. Memaparkan hasil analisa masalah yang muncul pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan rasa aman dan nyaman pada Tn.K di ruang Teratai RSUD Dr. Soedirman Kebumen.
- c. Memaparkan hasil intervensi sesuai dengan kebutuhan rasa aman dan nyaman Tn.K di ruang Teratai di RSUD Dr. Soedirman Kebumen.
- d. Memaparkan hasil implementasi pada klien dengan gangguan kebutuhan rasa aman dan nyaman.
- e. Memaparkan hasil evaluasi tindakan dari hasil implementasi yang telah di lakukan pada klien dengan gangguan kebutuhan rasa aman dan nyaman.
- f. Mampu memberikan rekomendasi asuhan keperawatan dengan kebutuhan aman nyaman.

C. MANFAAT PENULISAN

- 1. Bagi Pasien dan Keluarga
Memberikan masukan kepada pasien dan keluarga untuk mengetahui manfaat distraksi relaksasi pada pasien post oprasi Hernia.
- 2. Bagi Rumah Sakit
Memberikan masukan kepada tenaga kesehatan untuk mempertahankan dan meningkatkan asuhan keperawatan terhadap pasien post oprasi.
- 3. Bagi Institusi pendidikan
Sebagai bahan kepustakaan tentang Asuhan keperawatan Pemenuhan kebutuhan aman nyaman pada Tn.K di ruang Teratai RSUD Dr. Soedirman Kebumen.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2008). *Tehnik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*, Jakarta: Salemba Medika.
- Berman., Kozier., and Erb. (2008). *Fundamentals of Nursing Control Proses and Practice (8th ed)*, New Jersey; Pearson Education.
- Data Rekam Medis Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin Bandung 2008–2010.
- Dermawan, D., & Rahayuningsih, T .2010. *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Guyton ang Hall, 2006, *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, Volume 7, No. 1, Februari 2011.
- Harpan. I. A. (2011). *Perilaku Nyeri, Fenomena Harian Yang Dihadapi Perawat, What We Can Do?. Dalam Evidence Based Dalam Praktik Pelayanan Keperawatan*. 48.
- Herdman, Heather. (2012). *Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012-2014. Made Sumarwati & Nike Budhi Subekti (2012)*. (alih bahasa). Jakarta: EGC.
- Herdman, Heather. (2015). *Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2015-2017. Made Budi Anna Keilat (2015)*. (alih bahasa). Jakarta: EGC.
- Kusyati, Eni., Retno Dyah Wahyuningsih., Mustaida., Yunani., Achmad Syaifudin., Nur Fauziah., dkk. (2006). *Keterampilan dan Prosedur Laboratorium*. Jakarta : EGC.
- Mubarak, Wahid Iqbal & Nurul Chayatin. (2008). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia. Teori dan Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: EGC.
- Murwani, Arita. (2009). *Keterampilan Dasar Praktik Klinik Keperawatan* Yogyakarta: Fitramaya.
- Nurhayati, Endah Estria., Herniyatun., Safrudin ANS. (2011). *Pengaruh tehnik Distraksi Relaksasi Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi Laparotomi di RS PKU Muhammadiyah Gombong: www.digilibstikesmuhgombong.ac.id diakses pada 27 juni 2015*
- Potter&Perry. (2006). *Fundamental Keperawatan: Konsep. Proses, dan Praktek. Edisi 4*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Price, A. S & Wilson M., I., 2006. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Alih Bahasa: Brahm IJ. Penerbit Jakarta:EGC.

Tamsuri. (2006). *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta:EGC.

Smeltzer, S.C & Bare, B.G, 2002. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan, Volume 8, No. 1, Februari 2012*.



ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. K DENGAN
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN - POST OP HERNIA H+O
DI RUANG TERAPI RSUD. SOEDIRMAN
KERUMEN

Disusun Oleh :
Herlina Yulianti Kulsum
A01 301 763

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG 2016



Dwi Asih L.

Pengkajian

A. Identitas

1. Identitas Pasien

Nama	: Tn. K
Umur	: 52 th.
Jenis Kelamin	: laki-laki
Agama	: Islam
Alamat	: Taman Winangun
Pekerjaan	: Dagang
No Rm.	: 312352
Ruangan	: Teratai
Tgl masuk RS	: 29 Mei 2016
Tgl Pengkajian	: Senin 30 Mei 2016 jam 20.00 wib.
Diagnosa Medis	: Post op Hernia H+O

2. Penanggung Jawab

Nama	: Ny. N
Umur	: 45 th.
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Alamat	: Taman Winangun
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Hubungan	: Istri

B. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama: Luka

Nyeri luka post op.

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien datang dari poli bedah pada tanggal 29 Mei 2016 dg keluhan terdapat benjolan di selangkangan di sebelah kanan sejak 3 bth yang lalu dan di anjurkan ul. rawat inap di Bangsal Teratai. Pada hari Senin tanggal 30 Mei 2016 jam 08.00 WIB klien dilakukan tes finkle dan pemeriksaan sampai jam 12.00 wib. Saat di kaji pada jam 20.00 wib klien mengatakan nyeri di area luka operasi, nyeri muncul saat bergerak. Nyeri seperti di tusuk, nyeri di luka post operasi perut bagian kanan bawah. Skala nyeri 6, nyeri hilang timbul durasi nyeri 3 menit, klien terpasang infus RL 20 fpm, terpasang selang kateter & dilakukan tindakan

Pemeriksaan TTV dg hasil $TD = 130/70 \text{ mmHg}$ $N = 85 \times / m$ $RR = 19 \times / m$ $S = 37^\circ C$

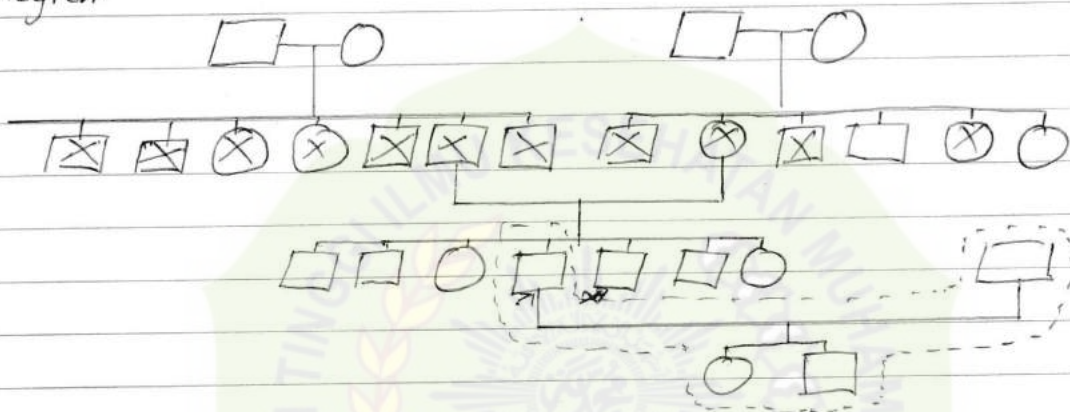
c. Riwayat penyakit dahulu

Elien mengalami pernah di operasi sebelumnya sebanyak 4 kali-
terakhir di operasi tahun 2005 dg operasi hernia. Elien mengalami tidak
mempunyai riwayat alergi makanan maupun obat.

d. Riwayat Demam keluarga

Elien mengatakan keluarganya tidak ada yg menderita penyakit yg sama dg klien. Klien mengatakan anggota keluarganya tidak riwayat penyakit menurun seperti DM, Hipertensi dan Elien mengatakan anggota keluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit menurun seperti JBC.

e. genogram:



Keterangan

$\square$ = laki-laki $\bigcirc$ = perempuan $\bigcirc$ = tinggal serumah
 $\times$ = meninggal $\square$ = klien

c. Pola pengkajian Virginia Henderson

1. Oksigenasi

Sebelum sakit : klien mengatakan tidak mengalami sesak nafas

Saat di faji : klien mengatakan tidak sesak napas

2. A luteo-si

Sebelum sakit : kuren makan 3x sehari dg nasi, sayur & lauk

saat di fapir : klien mengatakan baru minum & makan sedikit roti

3. Eliminasi

Sebelum sakit : klien mengatakan BAB
teratur lembek dan BAK $\approx 5 \times$ sehari dg warna
urin kuning jernih.

Saat di kafi : klien terpasang DC dg urin cc . klien
mengatakan Belum BAB selama di RS

4. Pola gerak dan keseimbangan

Sebelum sakit : klien mengatakan dapat melakukan Aktivitas fan
pa bantuan

Saat di kafi : klien hanya tiduran.

5. Pola kebutuhan istirahat dan tidur

Sebelum sakit : klien mengatakan tidur ≈ 7 jam dan
klien mengatakan jarang tidur siang

Saat di kafi : klien mengatakan tidur ≈ 6 jam dan sering bangun

6. Pola personal hygiene

Sebelum sakit : klien mengatakan mandi $\approx 2 \times$ sehari dan gosok
gigi Saat mandi

Saat di kafi : klien mengatakan mandi : hanya di pagi hari
sebelum operasi.

7. Pola kebutuhan aman nyaman

Sebelum sakit : klien mengatakan merasa risih karena terdapat
benjolan di selangkangan.

Saat di kafi : klien mengatakan nyeri di area bekas operasi, nyeri
seperti di tusuk, nyeri di luka operasi perut kanan bawah . skala nyeri 6
nyeri hilang timbul durasi ≈ 2 menit

8. Kebutuhan berpakaian

Sebelum sakit : klien mengatakan gan berpakaian $\approx 2 \times$ sehari
secara Mandiri

Saat di kafi : klien mengatakan memakai pakaian di bantu
istinya.

9. Pola kebutuhan spiritual

Sebelum sakit : klien mengatakan sholat 5 waktu

Saat di kafi : klien mengatakan belum sholat

10. Pola kebutuhan berkomunikasi dan berhubungan
Sebelum sakit : klien melakukan hubungan dg keluarga & tetangga
o baik & biasanya berkomunikasi menggunakan bahasa Jawa.
Saat di fagi : klien dapat berkomunikasi dg baik dg keluarga /
pasien yang lain.

11. Temperatur tubuh : klien
Sebelum sakit : klien melakukan biasa memakai pakaian tipis jika panas
dan memakai jaket / bajupanjang bila cuaca dingin.
Saat di fagi : suhu pasien s. 37°C

12. Pola kebutuhan korp.
Sebelum sakit : klien melakukan saat disumatra selalu mengangkat air menggunakan
: Jigen sebanyak 20 x dua sehan
Saat di fagi : klien melakukan hanya teluran di tempat tidur

13. Kebutuhan bermain & rekreasi
Sebelum sakit : klien melakukan tidak biasa rekreasi & paling bermain
in ke tetangga.
Saat di fagi : klien melakukan tidak bisa pergi ke mana-mana
hanya keluarga & tetangga yg sering menjemput

14. Pola kebutuhan Belajar.
Sebelum sakit : : klien mengatakan belum tau tentang hernia.
Saat di fagi : klien mengatakan hanya tau kalau hernia itu bedah.
Klien juga mengatakan hanya tau kalau tidak boleh
mengangkat berat. : klien mengatakan makanan tidak ada
yg di pantang semua makanan di makan belum tau

D. Pemeriksaan Fisik
ISY : Baik
Kesadaran : Compos Mentis
GCS : 15 E-4 M-5 V-6

TD : 130/70 mmHg
RR : 19 x /menit
S : 37°C
M : 85 x /menit

- a. Kepala : Bentuk mesocephal, tdk terdapat luka, Rambut lutam o bersih.
b. Mata : Konjungtiva an anemis, sklera anikterik
c. Hidung : Tdk terdapat polip, tidak ada cuping hidung
d. Telinga : terdapat Serum, tdk ada gangguan pendengaran
e. Mulut : Gigi bersih, tdk ada stomatitis.
f. Leher : Tdk terdapat pembesaran jupa, tdk ada pembesaran kelenjar Thyroid.

g. Dada.

paru-paru

- I : Bentuk dada simetris, tidak terdapat refraksi alindong dada
pa : Tidak terdapat nyeri tekan, Tidak di temukan vocal fremitus
pe : Bunyi sonor
A : Bunyi nafas vesikuler

Jantung

- I : Ictus cordis tidak tampak
P : Ictus cordis tidak teraba.
p : pekak
A : S₁ - S₂ Reguler

h. Abdomen

- I : terdapat luka bekas post op hernia di abdomen Region g. Luka ter tutup, Balutan luka bersih. tidak terdapat pes.
A : bising usus 10 x / m
p : Timpani
P : Terdapat nyeri tekan di area bekas luka post op.

i. ekstermitas

- atas : kuku merah jambu CRT < 0,5 mm, terpasang, 10 pd, di RL 20 tpm di tangan kiri
- bawah : tidak terdapat oedem

j. genitalia

Terpasang Dc

Pemeriksaan Penunjan
pada tanggal 29 Mei 2016

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1.	Hemoglobin	14,6 g/dl.	13,2 - 17,3
	Leukosit	4,6 10^3 /ul	3,8 - 10,6
	Eritrosit	4,9 10^6 /ul	4,40 - 5,90
	Trombosit	244 10^3 /ul.	150 - 400
	MCH	30 pg	26 - 34
	MCHC	35 g/dl	32 - 36
	MCV	86 pL.	80 - 100
	Diff Count		
	Eosinofil	1,70 %	1 - 4
	Basofil	0,40 %	0 - 1
	Neutrofil	70,40 %	50 - 70
	Limfosit	19,70 %	22 - 40
	monosit	7,80 %	4 - 8
	Hematokrit	42 %	40 - 52
	masa perdarahan /BT	3.00 menit	1 - 3
	masa pembekuan/CT	3.00 menit	5 - 6
	Kimia Klinik		
	Gula darah sewaktu	138 mg/dl	70 - 120
	Sero imunologi		
	HBSAg Rapid	Non Reaktif	Non Reaktif

Program Terapi

IUPD RI 20 tpm

inj Cepiaxon 2 x 1 gr 1 gr

inj Ketorolac 3 x 30 mg

inj Ranitidin 2. 50 mg

Pemeriksaan EKG

Hasil EKG : Sinus Rhythm

Analisa Tindakan

No	Data Fokus	etologi	Problem
1	DS: - klien mengatakan nyeri P: Nyeri muncul saat bergerak Q: nyeri seperti di tusuk R: Nyeri di luka post operasi perut bagian kanan bawah S: Skala nyeri 6 T: Nyeri hilang timbul durasi 2 menit DO: KU baik, KS: komposmetis TD: 130/70 mmHg RR: 19x/m S: 37°C N: 85x/m - klien tampak menangis kesakitan di are o luka post op - Terlihat bekas luka post op Hernia o di Region 9	agen cidera fisik : luka post operasi	Nyeri Akut
2	DS: - klien mengatakan belum berani bergerak - klien mengatakan Hanya bergerak DO: - aktivitas di bangku keluarga - tampak kesakitan mengubah posisi - klien tampak gelisah	program pembatasan gerak	Hambatan mobilitas fisik
3	DS: - klien mengatakan hanya tau tentang penyakit hernia itu dulu - klien hanya tau kalau dulu tidak boleh mengangkat benda berat DO: - klien tampak bingung saat di tanya pengertian tanda & gejala diet penunda hernia	kurangnya pengetahuan kognitif	defisiensi pengetahuan

Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b.d. Agan Cidera fisik (Luka post op). (00132)
2. Hambatan mobilitas fisik b.d. program pembatasan gerak. (00085)
3. Kurang pengetahuan b.d. kurangnya pagnan (00126)

Intervensi Keperawatan

Nama : Tn. K

Ruangan : Jendral

NO DA	Tujuan & KH (NOC)	Intervensi (NIC)	MO
1	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan nyeri dapat teratasi dg KH : Pain level (1002) Indikator 1. Mampu mengontrol nyeri 2 S 2. Melaporkan nyeri berkurang 1 S 3. Menggunakan tindakan pencegahan 1 S 4. Cegah 1 : Sangat berat, 2 : berat sedang 4 : Ringan 5 : tidak ada.	- observasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan - observasi nyeri secara komperth nsp termasuk (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas) - monitoring tanda vital - ajarkan teknik nonfarmakologi (napas dalam dan distraksi relaksasi : Imajinasi terbimbing) - lakukan perawatan luka - lakukan berikan analgetik sesuai advice.	
2.	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan mobilitasi klien meningkat dg KH : Indikator 1. mengerti tujuan mobilitasi 3 S 2. memverbalisasi perasaan dalam 3 S 3. meningkatkan mobilitasi 4. kemampuan mobilitasi meningkat 1 S	- tegi kemampuan klien u/ mobilitasi - monitor TPR & ke - ajarkan klien u/ mobilitasi secara berkala. - Anjurkan klien u/ mobilitasi berkala.	
3.	Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 1x20 menit diharapkan kurang pengetahuan dapat teratasi dg KH : Indikator 1. keluarga dg penyakitnya 3 S	- tegi tingkat pengetahuan klien - Beri penjelasan - Anjurkan klien u/ melakukan hal hal yg sudah di jelaskan.	

dapat mendeskripsikan penyebab 8 5
 dapat mendeskripsikan pencegahan 8 5
 gambaran / penanganan penyakit

Implementasi Keperawatan

Nama : N. S

Ruangan : Terapi

Hari / Jam	NANDA	Implementasi	Parasol	TID
Selasa, 31 Mei 2016. Jam 07.30 WIB	f	- mengobservasi reaksi nonverbal 1 dari ketidaknyamanan - mengobservasi nyeri	S : - O : klien terlihat tidak tenang S : klien mengatakan nyeri P : klien mengatakan nyeri saat melakukan gerak Q : nyeri seperti di tusuk R : nyeri di lula bafas operasi di perut bagian bawah S : skala nyeri 6. T : nyeri hilang timbul, durasi ± 2 menit O : klien tampak gelisah S : - O : KU : baik /CS : CM. TD : 130/80 mmHg, RL : 80x/m S : 36 °C RR : 20x/m S : - O : Injeksi ketarolac 20mg, Ceftriaxon 1gr, Parasetamol 500mg masuk.	
	I.II	- monitor TTV		
	2	- memberikan terapi inf.		
09.00 WIB	II	melepas kateter	S : - O : Kateter ter terlepas	
09.30 WIB	II	menguji kemampuan klien dalam mobilisasi - mengajarkan klien cara miring kanan & kiri - motivasi klien w/ miring kanan & miring kiri	S : klien mengatakan agak sakit saat miring O : - klien terlihat bisa miring kiri & kanan walaupun dg di bantu keluarga.	

10.00 WIB	I	- melakukan perawatan luka	S: - O: Luka bersih, tidak ada tanda kemerahan, tidak teraba palpas.
	I	- mengajarkan teknik nonfarmakologi (napas dalam) otot progresif)	S: - O: klien tampak rileks saat di melakukan napas diu
11.00 WIB	III	- menguji kemampuan klien tentang penyakitnya	- S: klien mengatakan hernia itu faku hernia itu faku; dan saat faku hernia faku bisa mengangkat benda yg berat O: klien tampak faku bisa menjawab saat di tanya penyebab, tanda & gejala hernia.
14.00 WIB	I	- mengobservasi nyeri	S: klien mengatakan nyeri berkurang P: klien mengatakan nyeri muncul saat bergerak. Q: Sesi seperti di tusuk R: nyeri di luka operasi perut bagian kanan bawah S: skala nyeri 4 T: nyeri hilang timbul
15.30 WIB	I / II	ADAM - monitor Kuo Pru. -	S: - O: Ku: Baik PR: Cm TD: 130/90 mmHg RR: 20x/m M: 85 x/m.
	II	- mengobservasi mobilitasi sebelumnya. - mengajarkan klien y/ mobilisasi (duduk) - memotivasi klien y/ melakukan mobilitasi	S: klien mengatakan sudah bisa duduk sebentar O: klien terlihat bisa duduk saat tanpa secara mandiri
16.00	I	- memberikan inj.	S: - O: inj. ketorolac 30mg - eefria xon 1g. Parasetamol 500mg sesuai.

16.00 WIB	I	mengajarkan teknik non farmakologi (Distraksi relaksasi & progres)	Q: klien mengatakan nyeri agak berkurang & lebih rileks O: klien bisa melakukan terlihat lebih rileks.
19.00 WIB	III	klien - melakukan perkes	S: klien mengatakan mengerti tentang cara Hernia, tanda gejala & penyebab. O: klien bisa menjawab 4 dari 5 pertanyaan tentang hernia.
20.00 WIB	II	- mengobservasi mobilitas sebelumnya	S: - O: klien sudah bisa duduk
21.00 WIB	I, II	- monitoring Ku & Tt	S: - O: Ku baik fs: Cm TD: 120/80 mmHg N: 80x/m RR: 19x/m S: 36.5°C
24.00 WIB	2	- memberikan inj	S: - O: inj. Ketorolac 30 mg, Ceftriaxon 1g, Ranitidin 50mg masuk.
Rabu 1 Juni 2016			
Jam: 08.30 WIB	I, II	monitoring Ku & Tt	Q: - O: Ku: baik fs: Cm TD: 130/80 mmHg, N: 80x/m S: 37°C, RR: 20x/m.
07.30 WIB	I	- mengobservasi nyeri	S: p. klien mengatakan nyeri berkurang Q: nyeri timbul saat muncul sa al nyeri meberlebi jalan. R: nyeri di area luka postop di perul bagian ^{kemari} bawah. S: skala nyeri 2. T: nyeri hilang timbul
08.10 WIB	2	- memberikan inj.	S: - O: inj. Ketorolac 30mg, Ceftriaxon 1g, Ranitidin 50mg masuk

	II	- mengobservasi mobilitasi sendi lututnya - mengajarkan memotivasi klien u/ melakukan mobilitasi (berjalan)	S: - klien mengatakan sudah berjalan ke kamar mandi O: klien terlihat bisa berjalan
10.50 WIB	I	- melakukan perawatan luka - memotivasi klien agar saat dirumah melakukan perawatan luka 2 hari sekali - mengobservasi nyeri	S: - O: luka bersih, tidak ada tanda infeksi S: - klien mengatakan mengerti O: klien tampak mengerti - S: p: klien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri saat berjalan. O: klien tampak rileks.
11.00 WIB	I, II	- monitor ku R MV	S: - O: ku baik fs. cm. TD: 130/90 mmHg. M: 85 x/m RR: 18 x/m S: 37.1 °C

evaluasi Tindakan.

Nama pasien : TN. K
Ruangan : Terapi

tgl / jam	No	evaluasi	MP																				
1 Juni 2016 jam 14.00 WIB	2	S : - klien mengatakan sudah tidak nyeri (saat duduk & berjalan) O : keadaan umum baik Ks: kompos mebs. TD: 130/90 mmHg, S: 37°C RR: 18x/m, N: 85x/m - klien tampak Rileks. - klien tampak tidak meninges sesakitan saat melakukan aktivitas. A : masalah keperawatan nyeri akut teratasi dg kH: <table border="1" data-bbox="443 689 1430 965"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>IR</th><th>EP</th><th></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>stata nyeri berkurang</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>mampu mengontrol nyeri</td><td>2</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>ITU dlm batas normal</td><td>4</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>mampu melakukan teknik nonfarmakologi</td><td>1</td><td>5</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> P : pertahanan intervensi - mengajurkan klien ug melakukan distraksi relak - Sabotif progresif saat nyeri muncul - ajurkan klien ug merawat luka 2 hari sekali saat dirum	Indikator	IR	EP		stata nyeri berkurang	3	5	5	mampu mengontrol nyeri	2	5	5	ITU dlm batas normal	4	5	5	mampu melakukan teknik nonfarmakologi	1	5	5	
Indikator	IR	EP																					
stata nyeri berkurang	3	5	5																				
mampu mengontrol nyeri	2	5	5																				
ITU dlm batas normal	4	5	5																				
mampu melakukan teknik nonfarmakologi	1	5	5																				
	2.	S. klien mengatakan sudah melakukan aktivitas seperti berjalan O : klien bisa berjalan secara mandiri A. masalah hambatan mobilitas fisik teratasi dg kH: <table border="1" data-bbox="368 1429 1430 1653"> <thead> <tr> <th>Indikator</th><th>IR</th><th>EP</th><th></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>mengerti tujuan mobilisasi</td><td>1</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>mem verbalisasi perasaan dlm meningkatkan mobilitasi</td><td>1</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>kemampuan mobilitasi meningkat</td><td>1</td><td>4</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> P : Hentikan intervensi	Indikator	IR	EP		mengerti tujuan mobilisasi	1	5	5	mem verbalisasi perasaan dlm meningkatkan mobilitasi	1	5	5	kemampuan mobilitasi meningkat	1	4	5					
Indikator	IR	EP																					
mengerti tujuan mobilisasi	1	5	5																				
mem verbalisasi perasaan dlm meningkatkan mobilitasi	1	5	5																				
kemampuan mobilitasi meningkat	1	4	5																				
	3.	S : - klien mengatakan sudah berkurang penyakitnya. - klien mengatakan sudah tau apa saja yg di hindari setelah post op hernia. O : klien bisa menjawab 4 dari 5 pertanyaan tentang hernia A : masalah teratasi depisiensi pengetahuan teratasi dg kriteria hasil :																					

indikator	IR	GR	
familier dg penyakitnya	3	5	5
dpt mendeskripsikan tanda gejala; penyakit	3	5	5
dpt mendeskripsikan pencegahan 4/ penanganan penyakit	5	5	5

10. Identifikasi Intervensi



SATUAN ACARA PEMBELAJARAN (SAP)
“HERNIA INGUINALIS LATERAL”



Disusun Oleh :
HERLINA YULIANTI KULSUM
(A01301763)

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
MUHAMMADIYAH GOMBONG
2016

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN

Diagnosa keperawatan	:Kurangnya informasi mengenai penyakit Hernia Inguinalis
Pokok Bahasan	: Penyakit Hernia Inguinalis
Sub Pokok Bahasan	: Mengetahui pengertian ,Macam-macam Hernia, Penyebab , tanda dan gejala,Pencegahan
Sasaran	: Tn.K dan keluarga
Waktu	: 30 Menit
Pertemuan Ke-	: I (pertama)
Hari/ Tanggal Pelaksanaan	: Sabtu, 24 Oktober 2015
Tempat	: Ruang Teratai RSUD Dr. Soedirmal Kebumen

A. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran kesehatan tentang Hernia inguinalis selama 30 menit diharapkan Tn.K dan keluarga mampu mengetahui pengertian, etiologi, manifestasi klinis, diet, dan manfaat diet untuk pasien Hernia Inguinalis.

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah diberikan penjelasan selama 30 menit diharapkan sasaran dapat :

1. Mengetahui dan menjelaskan pengertian hernia inguinalis.
2. Mengetahui macam-macam dari Hernia Inguinalis.
3. Mengetahui dan menjelaskan penyebab dari hernia inguinalis.
4. Mengetahui dan menjelaskan tanda dan gejala dari hernia inguinalis..

C. Pokok Materi

1. Pengertian Hernia Inguinalis
2. Mengetahui macam-macam Hernia Inguinalis
3. Penyebab Hernia Inguinalis
4. Tanda dan gejala Hernia Inguinalis

D. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

E. Media

1. Materi SAP
2. Leaflet
3. Lembar Balik

F. Kegiatan Pembelajaran

No.	Kegiatan	Waktu	Metode	Media	Evaluasi
1	Mempersiapkan materi, media, tempat, kontrak waktu.	5 menit			
2	Pembukaan : Membuka pembelajaran, memberi salam, memperkenalkan diri, menjelaskan pokok bahasan, menjelaskan tujuan	5 menit	Ceramah	Leaflet	Menjawab salam, mendengarkan dan memperhatikan

3	Pelaksanaan : Menjelaskan materi penyuluhan secara berurutan dan teratur Materi : 1. Pengertian Hernia Inguinalis 2. Penyebab Hernia Inguinalis 3. Tanda dan gejala Hernia Inguinalis 4. Pengobatan dan penatalaksanaan Hernia Inguinalis	10 menit	Ceramah	Leaflet	Menyimak dan mendengarkan
4	Evaluasi : Memberi kesempatan kepada klien untuk bertanya dan memberi kesempatan kepada klien untuk menjawab pertanyaan yang dilontarkan	7 menit	Ceramah,tanya jawab	Leaflet	Bertanya dan menjawab pertanyaan
5	Penutup : Menyimpulkan materi	3 menit	Ceramah		Menjawab salam

	yang telah disampaikan Menyampaikan terima kasih atas kesemataanya dan mengucapkan salam.				
--	--	--	--	--	--



G. Daftar pustaka

Almatsier S. 2008. *Penuntun Diet*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.

Dermawan, D., & Rahayuningsih, T .2010. *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Haryono, R. 2012. *Keperawatan Medikal Bedah Kelainan Bawaan Sistem Pencernaan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Sjamsuharidajat & jong. 2010. *Buku Ajar Ilmu Bedah* : Jakarta: Buku Kedokteran EGC.



H. Evaluasi

Prosedur : Post test
Jenis tes : Pertanyaan secara lisan
Butir soal : 4 soal

1. Evaluasi Struktural

- a. Satuan Acara Pembelajaran sudah siap sesuai dengan masalah keperawatan.
- b. Kontak waktu sudah tepat dengan pasien dan keluarganya.
- c. Media sudah disiapkan yaitu fotocopy materi.

2. Evaluasi Proses

- a. Media dapat digunakan dengan baik.
- b. Pendidikan kesehatan dapat dilaksanakan sesuai waktu kontrak.
- c. Peserta dapat mengikuti sampai selesai.

3. Evaluasi Hasil

- a. Pasien dan keluarga dapat menyebutkan penjelasan penyakit Hernia Inguinalis .
- b. Pasien dan keluarga dapat menyebutkan manifestasi klinis Hernia Inguinalis 3 poin dari 7 poin yang sudah dijelaskan.
- c. Pasien dan keluarga dapat menyebutkan etiologi 3 poin dari 6 poin yang sudah dijelaskan
- d. Pasien dan keluarga mampu menyebutkan 2 poin dari 3 poin diit yang sudah dijelaskan

I. Materi dan Media

Terlampir

Lampiran Materi

HERNIA INGUINALIS

1. Pengertian Hernia Inguinalis

Hernia inguinalis lateralis adalah tonjolan dari abdomen di lateral prmbuluh epigastrika inferior melalui dua pintu yaitu annulus dan kanalis inguinalis (Sjamsuhidajat & Jong, 2012).

2. Etiologi hernia

Hal yang mengakibatkan hernia menurut Haryono (20012) adalah:

- 1) Jaringan melemah
- 2) Luasnya daerah di dalam ligmen inguinal
- 3) Trauma
- 4) Obesitas
- 5) Melakukan pekerjaan berat
- 6) Terlalu mengejan saat buang air kecil atau besar

3. Tanda dan gejala hernia

Menurut Darmawan (2010) mengatakan tanda gejala hernia adalah:

- 1) Reponible: yaitu bila isi hernia dapat keluar masuk
- 2) Irreponible: yaitu benjolan yang sudah menetap baik di lipatan paha maupun di pusar
- 3) Incarcerate: yaitu benjolan sudah semakinn menetap karena sudah terjadi di sumbatan di saluran makanan sudah terjadi di bagian tersebut
- 4) Stranggulata: yaitu tingkatan hernia paling parah karena pembuluh darah sudah terjepit.

4. Penanganan

- a. Bila benjolan hernia dapat di masukkan maka tindakannya adalah hanya menggunakan penyangga atau korset untuk mempertahankan isi hernia
- b. Bila sudah tidak di reposisi maka satu satunya tindakan yang harus di lakukan adalah operasi

5. Diet pada pasien post op hernia

- 1) Diet cair hingga fungsi gastritis berfungsi kembali
- 2) Kemudian makan makanan yang bergizi dan tinggi protein
- 3) Hindari kopi, teh, coklat, minuman beralkohol
- 4) Hindari aktivitas yang berat



**PENGARUH TEKNIK DISTRAKSI RELAKSASI TERHADAP
PENURUNAN INTENSITAS NYERI PADA PASIEN POST OPERASI
LAPARATOMI DI PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**

Endah Estria Nurhayati ¹, Herniyatun ², Safrudin ANS ³
^{1,2,3}Jurusan Keperawatan STIKes Muhammadiyah Gombong

ABSTRAK

Nyeri pasca operasi mungkin sekali disebabkan oleh luka operasi, tetapi kemungkinan sebab lain harus dipertimbangkan. Distraksi dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi system kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak. Teknik relaksasi dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri

Penelitian ini untuk mengetahui pengaruh teknik distraksi relaksasi terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi laparatomi di PKU Muhammadiyah Gombong.

Jenis Penelitian menggunakan pendekatan *quasi-experimental* dengan uji *Paired t-test*. Sampel yang digunakan terdiri dari 43 responden dengan menggunakan *purposive sampling* dalam memilih sampel. Variabel independent dalam penelitian ini adalah teknik distraksi relaksasi dengan pernafasan, imajinasi terbimbing, sedangkan variabel dependentnya adalah nyeri post operasi laparatomi.

Dengan uji statistik *Paired t-test* nyeri pre test dan post test. Pada analisa sensasi nyeri pre menunjukkan mean= 6.84 dan sensasi nyeri post mean= 6.19 sedang beda mean pre test dan post test adalah 0.651 dengan p-value=0,000. Oleh karena p value (0,000<0,05) maka H₀ ditolak, artinya ada perbedaan antara pre dan post perlakuan teknik distraksi relaksasi terhadap penurunan intensitas nyeri post operasi laparatomi di RS PKU Muhammadiyah Gombong. Dengan distraksi relaksasi dapat menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi laparatomi.

Kata kunci : Distraksi Relaksasi, Nyeri, Post Operasi Laparatomi.

PENDAHULUAN

Pembedahan dan anestesi dapat menyebabkan ketidaknyamanan bagi pasien. Pembedahan dapat menyebabkan trauma bagi penderita, sedangkan anestesi dapat menyebabkan kelainan yang dapat menimbulkan berbagai keluhan gejala. Keluhan harus didiagnosis agar dasar patologinya dapat diobati.

Keluhan dan gejala yang sering dikemukakan adalah nyeri, demam, takikardi, batuk atau sesak nafas, kolaps, semakin memburuknya keadaan umum, mual atau muntah, serta penyembuhan luka operasi (Jong, 2002).

Selama periode pasca operatif, proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kembali equilibrium fisiologi

pasien, menghilangkan rasa nyeri dan pencegahan komplikasi. Pengkajian yang cermat dan intervensi segera membantu pasien kembali pada fungsi yang optimal dengan cepat, aman, dan nyaman mungkin (Smeltzer and Bare, 2002).

Nyeri akut setelah pembedahan mayor setidaknya mempunyai fungsi fisiologis positif, berperan sebagai peringatan bahwa perawatan khusus harus dilakukan untuk mencegah trauma lebih lanjut pada daerah tersebut. Nyeri setelah pembedahan normalnya dapat diramalkan hanya terjadi dalam durasi yang terbatas, lebih singkat dari waktu yang diperlukan untuk perbaikan alamiah jaringan-jaringan yang rusak (Morison, 2004).

Nyeri pasca operasi mungkin sekali disebabkan oleh luka operasi, tetapi kemungkinan sebab lain harus dipertimbangkan. Pencegahan nyeri sebelum operasi sebaiknya direncanakan agar penderita tidak terganggu oleh nyeri setelah pembedahan. Cara pencegahannya tergantung pada penyebab dan letak nyeri dan keadaan penderitanya (Jong, 2002). Menurut The Internasional Association for the study of pain (IASP), nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan.

Individu yang merasakan nyeri merasa tertekan atau menderita dan mencari upaya untuk menghilangkan nyeri. Perawat menggunakan berbagai intervensi untuk menghilangkan

nyeri atau mengembalikan kenyamanan. Perawat tidak dapat melihat atau merasakan nyeri yang klien rasakan. Nyeri bersifat subjektif, tidak ada dua individu yang mengalami nyeri yang sama dan tidak ada dua kejadian nyeri yang sama menghasilkan respon atau perasaan yang identik pada individu. Nyeri merupakan sumber frustrasi, baik klien maupun tenaga kesehatan (Potter dan Perry, 2006).

Teknik farmakologi adalah cara yang paling efektif untuk menghilangkan nyeri terutama untuk nyeri yang sangat hebat yang berlangsung selama berjam-jam atau bahkan berhari-hari. Mengkombinasikan teknik non-farmakologis dengan obat-obatan mungkin cara yang paling efektif untuk menghilangkan nyeri (Smeltzer and Bare, 2002).

Metode pereda nyeri non farmakologis biasanya mempunyai resiko yang sangat rendah. Meskipun tindakan tersebut bukan merupakan pengganti untuk obat-obatan, tindakan tersebut mungkin diperlukan atau sesuai untuk mempersingkat episode nyeri yang berlangsung hanya beberapa detik atau menit. Adapun cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri adalah stimulasi dan masase kutaneus yaitu bertujuan untuk menstimulasi serabut-serabut yang menstimulasikan sensasi-sensasi tidak nyeri memblok atau menurunkan transmisi implus nyeri. Sedangkan masase adalah stimulasi tubuh secara umum, sering dipusatkan pada punggung dan bahu. Masase

dapat membuat pasien lebih nyaman karena masase membuat relaksasi otot (Smeltzer and Bare, 2002).

Terapi es dan panas menjadi strategi pereda nyeri yang efektif pada beberapa keadaan. Terapi es dapat menurunkan prostaglandin, yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Penggunaan panas mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat turut menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan (Smeltzer and Bare, 2002).

Distraksi yang memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri, dapat menjadi strategi yang sangat berhasil dan mungkin merupakan mekanisme terhadap teknik kognitif efektif lainnya. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi system kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak. Teknik relaksasi dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri (Smeltzer and Bare, 2002).

Ada banyak bukti bahwa relaksasi efektif dalam meredakan nyeri punggung. Teknik relaksasi, juga tindakan pereda nyeri non invasif lainnya, mungkin memerlukan latihan sebelumnya pasien menjadi terampil menggunakannya (Smeltzer and Bare, 2002). Hampir semua

orang dengan nyeri kronis mendapatkan manfaat dari metode-metode relaksasi. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri kronis dan yang meningkatkan nyeri (Smeltzer and Bare, 2002).

Beberapa penelitian, telah menunjukkan bahwa relaksasi efektif dalam menurunkan nyeri pascaoperasi. Ini mungkin karena relatif kecilnya peran otot-otot skeletal dalam nyeri pasca-operatif atau kebutuhan pasien untuk melakukan teknik relaksasi tersebut agar efektif. Teknik tersebut tidak mungkin dipraktikkan bila hanya diajarkan sekali, segera sebelum operasi. Pasien yang sudah mengetahui tentang teknik relaksasi mungkin hanya perlu diingatkan untuk menggunakan teknik tersebut untuk menurunkan atau mencegah meningkatnya nyeri. Keefektifan distraksi tergantung pada kemampuan pasien untuk menerima dan membangkitkan input sensori selain nyeri (Smeltzer and Bare, 2002).

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong adalah Rumah Sakit tipe C yang telah banyak melayani tindakan operasi. Adapun data Rekam Medis Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong tanggal 31 Oktober 2009, dalam 3 bulan terakhir Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong telah mengalami 218 pada bulan Agustus 2009, 217 kasus pada bulan September 2009, dan 226 kasus pada bulan Oktober 2009. Kasus bedah yang ditangani bervariasi, khususnya pasien

laparotomi menangani 72 kasus pada bulan Agustus 2009, 75 kasus pada bulan September 2009, dan 73 kasus pada bulan Oktober 2009. Dari hasil wawancara dengan 2 pasien post operasi, mereka mengatakan nyeri akan berkurang dengan pemberian obat analgetik. Adapun pasien yang meminta tambahan obat analgetik karena masih merasakan kesakitan. Data yang didapat dari RS PKU Muhammadiyah Gombong menyebutkan bahwa permintaan obat analgetik tambahan dalam bentuk tablet, injeksi, meningkat pada pasien post operasi, sehingga biaya bertambah. Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik untuk mengambil judul “Pengaruh Teknik Distraksi Relaksasi Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Post Operasi Laparotomi di RS PKU Muhammadiyah Gombong”.

METODE PENELITIAN

Jenis Penelitian yang digunakan quasi-experimental yaitu mengungkapkan kemungkinan adanya sebab akibat antara variabel tanpa adanya manipulasi suatu variabel. Dengan menggunakan rancangan one groups pre test dan post test design. Dalam penelitiannya observasi dilakukan sebanyak 2 kali yaitu sebelum eksperimen (O1) disebut pre-test, dan observasi sesudah eksperimen (O2) disebut post-test (Arikunto, 2006). Populasi adalah keseluruhan suatu variabel yang menyangkut masalah yang diteliti. Variabel tersebut bisa berupa orang, kejadian, perilaku, atau sesuatu

lain yang akan dilakukan penelitian (Nursalam, 2001). Populasi penelitian ini adalah pasien post operasi laparotomi yang mendapatkan perawatan di RS PKU Muhammadiyah Gombong. Jumlah pasien dalam tahun 2009 sebanyak 857 pasien.

Sampel dalam penelitian ini adalah pasien post operasi laparotomi di bangsal Rahmah, Barokah dan Innayah. Cara pengambilan sampel dengan menggunakan Purposive Sample yaitu dilakukan dengan cara mengambil subjek bukan didasarkan atas strata, random atau daerah tetapi didasarkan atas adanya tujuan tertentu. Jumlah sampel yang diambil tergantung dari besar populasi misalnya mengambil 5%, 10%, atau 20% atas pertimbangan biaya. Apabila populasi kurang dari 100 sebaiknya dicuplik 50% dari populasi, dan apabila populasi beberapa ratus diambil 25% sampai 30% (Saryono, 2008). Sampel yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah 5% dari jumlah populasi yaitu

Jadi peneliti akan menggunakan 43 responden dalam 2 bulan. Sampel diambil berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi.

a. Kriteria Inklusi

- 1) Umur 18-60 tahun
- 2) Pasien yang mengalami nyeri minimal skala sedang
- 3) Pasien post operasi laparotomi hari ke-1
- 4) 7 jam setelah pemberian analgetik
- 5) Pasien sadar
- 6) Tidak mempunyai gangguan pendengaran

- 7) Bersedia menjadi responden
- b. Kriteria eksklusi
- 1) Pasien yang mengalami nyeri sangat hebat
 - 2) Pasien tidak kooperatif
- Uji analisa data untuk menguji efektifitas suatu perlakuan terhadap suatu besaran variabel yang ingin ditentukan dengan menggunakan uji (*Paired t-test* (Riwidikdo, 2008).

HASIL DAN BAHASAN

Dari hasil penelitian, sebagian responden yang di RS PKU Muhammadiyah Gombong mayoritas didiagnosis SC yaitu 27 responden (62,79%), 7 responden (16,28%) didiagnosis Apendiktomi, kemudian yang didiagnosis SC+Histerektomi sebanyak 5 responden (11,63%) dan yang didiagnosis herniorapi sebanyak 4 responden (9,30%).

Pengaruh Teknik Distraksi Relaksasi Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparotomi

Tabel 1. Pengaruh Teknik Distraksi Relaksasi Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparotomi di RS PKU Muhammadiyah Gombong

variabel	Distraksi Relaksasi	mean	SD	Beda mean	t	p
Intensitas nyeri	Pre	6.84	0.949	0.651	4.004	0.000
	Post	6.19	1.052			

Berdasarkan tabulasi silang pada Dari tabel 1 menunjukkan hasil uji statiatik *paired sample t-test* yaitu nyeri pre test dan post test. Pada analisa sensasi nyeri pre menunjukan mean= 6.84 dan SD 0.949. Analisa sensasi nyeri pada post test menunjukkan mean= 6.19, dan SD 1.052. Sedang beda mean pre test dan

post test adalah 0.651 dengan t-value 4.004 dan p value=0,000. Oleh karena ($0.000 < 0,05$) maka H_0 ditolak, , artinya ada perbedaan antara pre dan post perlakuan teknik distraksi relaksasi terhadap penurunan intensitas nyeri post operasi laparatomi di RS PKU Muhammadiyah Gombong.

PEMBAHASAN

Intensitas Nyeri Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Teknik Distraksi Relaksasi.

Intensitas nyeri sebelum dilakukan teknik distraksi relaksasi dengan prosentase tertinggi masuk interval nyeri skor 4 - 6 sebanyak 18 responden (41,86%) dan intensitas nyeri setelah

dilakukan teknik distraksi relaksasi dengan interval nyeri skor 4 - 6 sebanyak 25 responden (58,14). Untuk mengukur skala nyeri peneliti menggunakan skala *Numerical Rating Scale* (NRS) yang merupakan pengukuran nyeri dimana klien diminta untuk memberikan angka 1 sampai 10. Nol diartikan tidak ada nyeri

sedangkan angka 10 diartikan rasa nyeri yang hebat dan tidak tertahankan oleh klien. Pengukuran ini lebih mudah dipahami oleh klien baik diberikan secara lisan maupun dengan mengisi form kuesioner menurut (Setiyohadi, 2006).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan responden mengalami nyeri yang berbeda-beda mulai dari sebelum operasi peneliti mengkaji respon nyeri pasien dengan pengalaman nyeri yang berbeda. Setelah dilakukan teknik distraksi relaksasi pasien diambil skala nyeri dan hasilnya kebanyakan dari mereka menyatakan nyeri berkurang, tetapi ada juga dari responden menyatakan nyeri masih menetap.

Pengaruh teknik distraksi relaksasi terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi laparatomi di RS PKU Muhammadiyah Gombong.

Pengukuran intensitas nyeri sebelum dilakukan teknik distraksi relaksasi (pre test) dengan mean 6.84 dan SD 0.949, sedangkan setelah diberikan teknik distraksi relaksasi (post test) mean sebesar 6.19 dan SD 1.052. Dalam penelitian ini pengurangan nyeri dilakukan dengan cara distraksi relaksasi. Menurut (Smletzer dan Bare, 2002), distraksi yang mencakup memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri, dapat menjadi strategi yang sangat berhasil dan mungkin merupakan mekanisme yang bertanggung jawab terhadap teknik kognitif efektif lainnya.

Keefektifan distraksi tergantung pada kemampuan pasien untuk menerima dan membangkitkan input sensori selain nyeri.

Sedangkan Relaksasi otot skeletal di percaya dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas napas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri kronis dan yang meningkatkan nyeri menurut (Smletzer dan Bare, 2002).

Berdasarkan analisa data yang dilakukan diketahui bahwa adanya pengaruh teknik distraksi relaksasi terhadap penurunan intensitas nyeri post operasi laparatomi di RS PKU Muhammadiyah Gombong dengan nilai ($p=0.000$) pada tingkat kepercayaan ($p<0.05$) dan menunjukkan bahwa t hitung lebih besar dari t table. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi system kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak begitu juga dengan teknik relaksasi dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri (Smeltzer and Bare, 2002). Berdasarkan penelitian yang dilakukan responden mengalami perubahan skala nyeri setelah dilakukan distraksi relaksasi karena responden merasa otot-otot tubuh menjadi rileks dan

nyaman apalagi setelah nafas dalam nyeri semakin berkurang. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa dengan teknik distraksi relaksasi, nyeri pasien post operasi dapat berkurang. Pemberian distraksi relaksasi diberikan tidak hanya sekali tetapi berkali-kali hingga responden merasa nyeri berkurang.

SIMPULAN DAN SARAN

Dari hasil penelitian yang dilakukan Di PKU Muhammadiyah Gombong tentang pengaruh teknik distraksi relaksasi terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi laparatomi adalah:

Adapun responden berdasarkan usia antara 18-60 tahun sesuai kriteria inklusi. Menunjukkan umur minimum responden 21 tahun, umur maximum 58 tahun serta rata-rata (mean) sebesar 36,16 dan standar deviasi 10,472. Intensitas Nyeri Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Teknik Distraksi Relaksasi. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan intensitas nyeri sebelum dilakukan teknik distraksi relaksasi dengan prosentase tertinggi masuk interval nyeri skor 4 - 6 sebanyak 18 responden (41,86%), dan tidak ada responden (0,00%) dengan interval nyeri skor 0, 1 - 3. Intensitas nyeri setelah dilakukan teknik distraksi relaksasi dengan interval nyeri skor 4 - 6 sebanyak 25 responden (58,14%), dan tidak ada responden (0,00%) dengan interval nyeri skor 0.

Ada pengaruh teknik distraksi relaksasi terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi laparatomi di PKU Muhammadiyah Gombong dengan hasil pada analisa sensasi nyeri pre menunjukkan mean= 6.84 dan SD 0.949. Analisa sensasi nyeri pada post test menunjukkan mean= 6.19, dan SD 1.052. Sedang beda mean pre test dan post test adalah 0.651 dengan nilai signifikasi $p\text{-value}=0,000$. Oleh karena $p\text{ value } (0,000 < 0,05)$ maka H_0 ditolak, artinya ada perbedaan antara pre dan post perlakuan teknik distraksi relaksasi terhadap penurunan intensitas nyeri post operasi laparatomi di RS PKU Muhammadiyah Gombong.

DAFTAR PUSTAKA

- Agus, D dan Triyanto, 2004, Manajemen Nyeri Dalam Suatu Tatanan Tim Medis Multidisiplin Majalah Kedokteran Atma Jaya, Januari, Vol 3, No 1.
- Arikunto, Suharsini, 2006, Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik, Edisi Revisi VI, Rineka Cipta, Jakarta.
- Corwin, Elizabeth J. 2001, Patofisiologi, EGC, Jakarta.
- Fauzan, L, 2009, Teknik konseling individu relaksasi, Terdapat pada : <http://www.wordpress.h tml>. Diambil 29 Desember 2009.
- Guyton ang Hall, 2008, Buku Ajar Fisiologi

- Kedokteran, Edisi 11, EGC, Jakarta.
- Hidayat, A.A.A., 2007, Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisis Data, salemba medika, Jakarta.
- Irman, 2007. Konsep Nyeri, Terdapat pada : <http://.blogspot.html>. Diambil 30 Desember 2009.
- Jong, Win de dan Sjamsuhidayat R. 2002, Buku Ajar Ilmu Bedah, Edisi 2, EGC, Jakarta.
- Morison. 2004. Manajemen Luka. Alih Bahasa Tyasmono AF. Jakarta: EGC.
- Nursalam, 2003, Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Salemba Medika, Jakarta.
- Potter and Perry, 2006, Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktek, Volume 2, Edisi 4, EGC, Jakarta.
- Price, Silvia dan Wilson, Lorraine M. 2005, Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit, Edisi 6, Vol.3, EGC, Jakarta.
- Qittun, 2008. Teknik Distraksi, Terdapat pada : <http://qittun.blogspot.html>. Diambil 25 Desember 2009
- Riwidikdo,H.2007, Statistik Kesehatan, Mitra Cendikia Press, Yogyakarta.
- Saseno, 2001, “ Relaksasi Sebagai Upaya Mengurangi Kecemasan Menghadapi Studi Mahasiswa Akper Depkes Magelang”, Tesis, Program Pasca Sarjana, UGM: tidak diterbitkan.
- Setiyohadi, Bambang, dkk, 2006, Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Edisi IV, Jilid II, FKUI, Jakarta.
- Smeltzer, Suzanna C dan Bare, Brenda G. 2002, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Edisi 8, Vol.1, Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Sodikin, 2001, Penanganan Nyeri Non Invasif, Majalah Bina Sehat, ed.004 /BS/PPNI/2001, Yayasan Kesejahteraan Warga Perawatan Pusat, Jakarta.
- Sutardjo, dkk,2004, Psikoterapi, Salemba Medika, Jakarta.
- Tamsuri, Anas, 2006, Konsep & Penatalaksanaan Nyeri, EGC, Jakarta.
- Utoyo, B, 2007.” Pengaruh terapi musik terhadap penurunan intrensitas nyeri pada pasien post operasi di RS PKU Muhammadiyah Gombong : diterbitkan 24 Maret 2009.
- Wordpress, 2009. Laparatomi Dan Torako Laparatomi, Terdapat pada : bedahumum.html. Diambil 29 Desember 2009.

PENGARUH PENAMBAHAN TEKNIK RELAKSASI PROGRESIF PADA TERAPI LATIHAN TERHADAP PENURUNAN NYERI POST SECTIO CAESAREA DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. MOEWARDI

Wahyuni¹, Farid Rahman²

¹Dosen Program Studi Fisioterapi Fakultas Ilmu Kesehatan

²Mahasiswa Fisioterapi Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Jalan A. Yani Tromol Pos I Kartasura Surakarta

E-mail: wahyu73ni@gmail.com

ABSTRAK

Pain is main problem for post sectio caesarea. Pain cause muscle spasme, lost of comfort feeling and kinesiohobia to do motion. Definately, pain management should be primary treatment soon as possible. Physiotherapy has modality for pain management. There are progressive relaxation technique and exercise therapy.

The purpose of this study is knowing effect and difference effect of increasing progressive relaxation technique to exercise therapy and exercise therapy for post sectio caesarea pain relief at Dr. Moewardi Hospital. This research was a quasi exeperiment with pre-post test design. Research had been done to post sectio caesarea patient for 78 patient. Those were divided for two group. Those were progressive relaxation and exercise therapy and only exercise therapy. Exercise perscription were 2x8 motion every motion segment for exercise therapy and 8- 10 second while tensing session for progressive relaxation technique and those methode had been given everyday in patient care period.

Data test result shown there was effect increasing progressive relaxation to exercise therapy and exercise therapy for pain relief ($p= 0.01$). it means all of methode have effect for post sectio caesarea pain relief and there was different effect among increasing progressive relaxation effect to exercise therapy with exercise therapy for sectio caesaria pain relief ($p= 0.01$).

Keyword : Pain, Visual Analogue Scale, Progressive Relaxation Technique, Exercise Therapy.

PENDAHULUAN

Proses kelahiran bayi melalui *sectio caesarea* termasuk tinggi di Amerika Serikat. Tercatat pada tahun 2004 sebanyak 29.1 % proses kelahiran bayi melalui operasi *caesar*. Sejak awal 1990-an *The American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG)* memutuskan berusaha meminimalkan operasi *caesar* secara berulang pada ibu hamil, tetapi pada kenyataannya

sebanyak 33 % ibu hamil mengulangi operasi *caesar* pada kehamilan berikutnya. Dari tahun 2001 sampai dengan 2003 pilihan untuk melakukan operasi *sectio caesarea* tumbuh menjadi 36% (Kisner, 2007).

Masalah yang terjadi pada *Post Sectio Caesarea* salah satunya adalah nyeri pada insisi. Nyeri dalam jangka waktu tertentu dapat menimbulkan beberapa akibat bagi pasien *post sectio caesarea* seperti rasa tidak nyaman, cemas, tegang dan akhirnya mengganggu aktifitas fungsional sehari-hari dan tentunya mengganggu produktivitas pasien (Roykulcharoen, 2004). Salah satu cara untuk mengurangi nyeri adalah terapi latihan aktif dan teknik relaksasi progresif.

Paula dkk (2002) dalam penelitiannya yang bertujuan untuk mengetahui efek dari teknik rilekasi progresif terhadap penurunan nyeri *post* operasi abdominal menyatakan adanya penurunan signifikan terhadap level nyeri pasien *post* operasi abdominal.

Terapi latihan adalah gerak tubuh, aktifitas fisik yang dilakukan secara sistematis dengan tujuan : 1) memperbaiki atau menghindari keluhan, 2) memperbaiki atau meningkatkan aktifitas fungsional 3) menghindari atau tindakan preventif dari adanya penurunan derajat kesehatan dari faktor-faktor resiko 4) optimalisasi status sehat, kebugaran atau kondisi yang baik (Kisner, 2007). Peneltian ini menggunakan terapi latihan dengan senam *post natal*.

Teknik relaksasi progresif adalah salah satu terapi *non-farmakologi* untuk mengatasi nyeri yang dikembangkan oleh Edmun Jacobson (1930) dalam Banks (2005). Selain itu, manfaat teknik rilekasasi progresif bagi pasien diantaranya mengurangi ketegangan dan kecemasan (Paula, 2002).

TUJUAN

Tujuan Penelitian ini adalah mengetahui pengaruh penambahan teknik relaksasi progresif pada terapi latihan dan terapi latihan terhadap penurunan nyeri *post sectio caesarea* serta mengetahui perbedaan pengaruh penambahan teknik relaksasi progresif pada terapi latihan dan terapi latihan terhadap penurunan nyeri *post sectio caesarea*.

METODE

Penelitian ini merupakan quasi eksperimen. Pelaksanaan penelitian dilakukan pada pasien post sectio caesarea sebanyak 78 orang yang dibagi kedalam dua kelompok yaitu kelompok teknik relaksasi progresif dan terapi latihan dan kelompok terapi latihan. Dosis latihan yang diberikan adalah setiap hari selama masa perawatan, 2x8 setiap gerakan pada terapi latihan dan 8-10 detik tension pada teknik relaksasi progresif. Pengukuran nyeri menggunakan *Visual Analogue Scale* (VAS) dengan desain penelitian pre-post test design dengan analisis data menggunakan uji T-Test untuk kelompok perlakuan dan uji beda serta Wilcoxon Test untuk kelompok kontrol.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini bertempat di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi di Bangsal Mawar I. Subjek penelitian ini adalah ibu *post sectio caesarea* yang menjalani operasi di RSUD Dr. Moewardi. Alasan melakukan penelitian di RSUD Dr. Moewardi adalah pasien *post sectio caesarea* mendapatkan intervensi fisioterapi selama masa perawatan.

Jumlah populasi sebanyak 334 orang, yang memenuhi kriteria penelitian adalah sebanyak 78 orang yang dibagi dalam dua kelompok yaitu kelompok perlakuan (Teknik Relaksasi Progresif dan Terapi Latihan) sebanyak 39 orang dan kelompok kontrol (Terapi Latihan) sebanyak 39 orang.

Karakteristik nyeri pada masing-masing perlakuan secara rinci digambarkan sebagai berikut dalam Tabel 1 dan Tabel 2.

Tabel 1. Karakteristik nyeri pada kelompok perlakuan

Variabel	Mean Pre	Mean Post	Selisih Mean
Nyeri Gerak	75,56	30,56	45,00
Nyeri Tekan	49,95	20,00	29,95
Nyeri Diam	34,56	14,08	20,48

Tabel 2. Karakteristik Nyeri Pada Kelompok Kontrol

Variabel	Mean Pre	Mean Post	Selisih Mean
Nyeri Gerak	74,00	44,56	29,44

Nyeri Tekan	47,59	26,05	21,54
Nyeri Diam	31,67	18,77	12,90

Hasil uji statistik pada kelompok perlakuan dapat di jelaskan sebagai berikut dalam tabel 3

Tabel 4. Uji Statistik Kelompok Perlakuan

Variabel	Mean	Standar Deviasi	P Value	Kesimpulan
Nyeri Gerak	45,00	8,615	0,00	H0 ditolak
Nyeri Tekan	29,95	6,070	0,00	H0 ditolak
Nyeri Diam	20,49	7,218	0,00	H0 ditolak

Hasil pengujian didapatkan hasil nilai *p value* lebih kecil dari bilangan 0,05, berarti ada pengaruh pengaruh penambahan teknik relaksasi progresif pada terapi latihan terhadap penurunan nyeri pasien *post sectio caesarea*.

Hasil uji statistik pada kelompok perlakuan dapat dijelaskan sebagai berikut dalam tabel 4.

Variabel	Mean	STDEV	P Value	Kesimpulan
Nyeri Gerak	29,44	6,897	0,00	H0 ditolak
Nyeri Tekan	21,54	7,521	0,00	H0 ditolak
Nyeri Diam	12,897	6,624	0,00	H0 ditolak

Hasil pengujian didapatkan hasil nilai *p value* lebih kecil dari bilangan 0,05, berarti ada pengaruh pengaruh terapi latihan terhadap penurunan nyeri pasien *post sectio caesarea*.

Hasil uji statistik untuk uji beda dapat dijelaskan sebagai berikut dalam tabel 5.

Variabel	Mean Kelompok Perlakuan	Mean Kelompok Kontrol	P Value	Kesimpulan
Selisih Nyeri Gerak	45,00	29,436	0,00	H0 ditolak
Selisih Nyeri Tekan	29,949	21,538	0,00	H0 ditolak
Selisih Nyeri Diam	20,487	12,897	0,00	H0 ditolak

Hasil Pengujian beda dengan *Independent Sample T Test* untuk kelompok gabungan pada kelompok perlakuan maupun kelompok kelompok kontrol menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan hal ini dilihat dari nilai

probabilitasnya yang lebih kecil dari 0,05 yaitu 0,00 ($p < 0,05$), maka H_a diterima dan H_0 ditolak. Jika dilihat secara statistik pada masing-masing perlakuan tidak menunjukkan adanya perbedaan pada perlakuan tetapi jika dilihat dari mean tampak mean pada kelompok perlakuan lebih besar dari kelompok kontrol. Hal ini menjelaskan bahwa metode terapi latihan dan teknik relaksasi progresif lebih efektif dalam menurunkan nyeri dibandingkan jika pasien diberikan terapi latihan saja.

1. Uji Pengaruh Kelompok Perlakuan

Hasil uji pengaruh menunjukkan ada pengaruh penambahan teknik relaksasi progresif pada terapi latihan terhadap penurunan nyeri *post sectio caesarea* ($p < 0,05$). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh De Paula tahun 2002 tentang pengaruh pemberian *muscle relaxation* terhadap penurunan nyeri pada pasien *post abdominal surgery* termasuk didalamnya ada *sectio caesarea*. Hasil penelitian tersebut menunjukkan adanya pengaruh *muscle relaxation* terhadap penurunan nyeri *post abdominal surgery*. Mekanisme penurunan nyeri dikarenakan adanya respon tension dan relaks.

Kontraksi isometrik mengaktivasi golgi tendon organ sehingga relaksasi dapat dicapai (*reverse innervation*) dan ketegangan otot menurun. Hal itu terjadi karena adanya pelepasan adhesi yang terdapat di dalam interfibril dan tendon 2:3. Kontraksi isometrik yang dilakukan selama 9 detik mampu memperoleh relaksasi maksimal karena mekanisme *reverse innervation* tadi. Proses relaksasi yang diikuti ekspirasi maksimal akan memudahkan perolehan pelepasan otot diperoleh pelepasan adhesi yang optimal pada jaringan ikat otot (*fascia dan tendo*). Selain itu respon relaksasi didapatkan melalui pelepasan analgesik endogenus opiat (*Enkefalin, betaendorfin, dimorfin*) yang ada didalam tubuh setelah melaksanakan teknik relaksasi progresif dan terapi latihan (Silbernagl, 2009)..

2. Uji Pengaruh Kelompok Kontrol

Ada pengaruh terapi latihan terhadap penurunan nyeri *post sectio caesarea* ($p < 0,05$). Gerakkan aktif dapat menimbulkan kontraksi pada serabut otot rangka besar dimana melibatkan pengaruh dari dimana fungsi dari *muscle spindle* adalah menngontrol setiap perubahan panjang pada otot dan *golgi tendon* organ berfungsi menginhibisi kontraksi otot. Kedua komponen tersebut akan bekerja secara sadar kemudian terjadi respon adaptasi pada otot dengan terjadinya pengurangan ketegangan di otot, perbaikan ischemi pada jaringan sehingga pada akhirnya akan menimbulkan penurunan nyeri (Guyton, 2006).

3. Uji Beda Dua Kelompok

Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan pengaruh penambahan teknik relaksasi progresif pada terapi latihan dan terapi latihan terhadap penurunan nyeri *post sectio caesarea*.

Penurunan nyeri lebih banyak terjadi pada kelompok perlakuan dibandingkan pada kelompok kontrol. Hal ini disebabkan oleh karena terapi latihan hanya mengandalkan respon adaptasi dari pergerakan yang menstimulasi *muscle spindle* dan *golgi tendon* organ. Hal tersebut kurang mengoptimalkan fungsi dari *muscle spindle* dan *golgi tendon* organ. Penambahan teknik relaksasi progresif, pengoptimalan stimulasi pada *muscle spindle* dan *golgi tendon* organ lebih maksimal karena terdapat respon *authogenic inhibition* yang ditimbulkan oleh adanya prinsip isometrik yang memberikan respon relaks melalui penegangan otot kemudian dibantu dengan ekspirasi diakhir pelaksanaan *isometric*. Hal ini akan menyebabkan pelepasan adhesi yang optimal pada jaringan ikat otot (*fascia* dan *tendon*), sehingga relaksasi yang optimal pada otot terjadi kemudian nyeri menurun (Silbernagl, 2009).

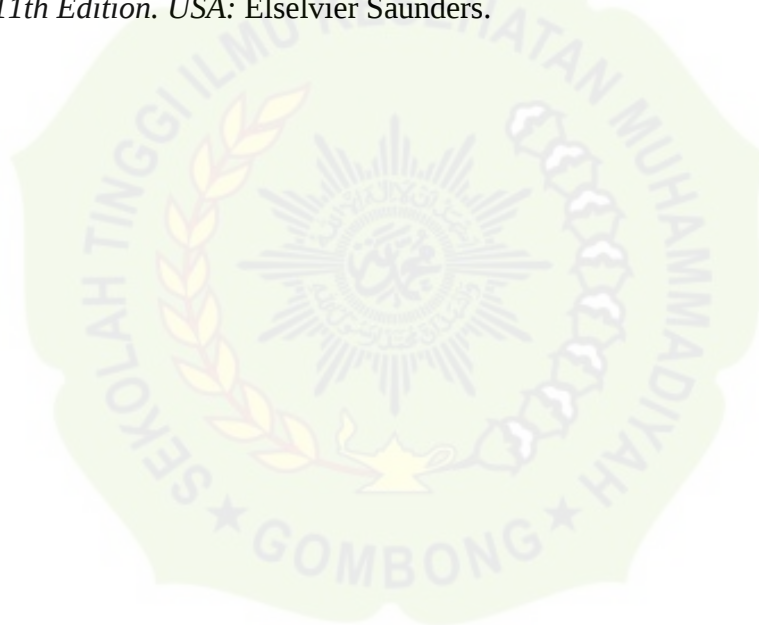
KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan dari penelitian ini adalah adanya pengaruh penambahan teknik relaksasi progresif pada terapi latihan dan terapi latihan serta adanya perbedaan pengaruh pada adanya pengaruh penambahan teknik relaksasi

progresif pada terapi latihan dan terapi latihan dimana kelompok penambahan teknik relaksasi lebih efektif dalam menurunkan nyeri.

DAFTAR PUSTAKA

- De Paula, de Cavalho dan dos Santos. 2002. The use of the Progressive Muscle Relaxation technique for pain relief in gynecology and obstetrics. *Original Article in Nursing Research*. 10(5)
- Kisner, Carolyn dan Allen Colby, Lynn. 2007. *Exercise Therapy 5th Edition*. USA : F.A. Davis Company
- Roykulcharoen, Varunyupa dkk. Systematic Relaxation to Relieve Postoperative Pain. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2) 140–8.
- Silbernagl, Stefan dan Agamemnon Despopoulos. 2009. *Color Atlas Physiology 6th Edition*. Germany: Offizin Anderson Nexo.
- Guyton, Arthur C. dan Hall, Jhon E. 2006. *Text Book of Medical Physiology 11th Edition*. USA: Elsevier Saunders.



Systematic Review of Relaxation Interventions for Pain

Kristine L. Kwekkeboom, Elfa Gretarsdottir

Purpose: To review randomized trials of relaxation interventions used for the treatment of pain in adults and to synthesize evidence regarding the efficacy of specific techniques.

Design: Integrative review.

Methods: A literature search was conducted using the terms "relaxation" and "pain" in CINAHL, Medline, and PsychInfo from 1996 to March 2005. Studies were reviewed and categorized based on the type of relaxation intervention (progressive muscle relaxation [PMR], autogenic training, jaw relaxation, rhythmic breathing, and other relaxation exercises), and summarized with respect to various study characteristics and results.

Findings: Researchers reported support for relaxation interventions in 8 of the 15 studies reviewed. The most frequently supported technique was progressive muscle relaxation, particularly for arthritis pain. Investigators reported support for jaw relaxation and a systematic relaxation intervention for relieving postoperative pain. Little evidence was found for autogenic training, and no support for rhythmic breathing or other relaxation techniques.

Conclusions: Most of the studies reviewed had weaknesses in methodology, which limited the ability to draw conclusions about interventions. Further research is needed to confirm positive findings related to PMR, jaw relaxation, and systematic relaxation, to address questions related to the dose-response relationship and the individual differences that might influence response to relaxation interventions. These and other relaxation techniques require testing in carefully designed and conducted trials.

JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP, 2006; 38:3, 269-277. © 2006 SIGMA THETA TAU INTERNATIONAL.

[Key words: relaxation, relaxation techniques, pain]

* * *

Relaxation techniques have long been practiced for various health-related purposes, and recent national surveys have shown an increase in the use of relaxation (Eisenberg et al., 1998; Kessler et al., 2001). Interventions such as rhythmic breathing and progressive muscle relaxation (PMR) are basic nursing interventions included in nursing fundamentals textbooks (Craven & Hirnle, 2003; Kozier, Erb, Berman, & Synder, 2004; Potter & Perry, 2005). In many studies of relaxation interventions, combinations of techniques have been used, such as relaxation plus mental imagery or music, complicating analysis of the effective components of the intervention. This paper is a report of a systematic review of studies to test relaxation interventions, not combined with other techniques, used in treating pain in adults. Studies to test PMR, jaw relaxation, rhythmic breathing, and other relaxation techniques are summarized, conclusions about evidence supporting the interventions are drawn, and directions for future research are suggested.

Background

Relaxation is defined as a state of relative freedom from both anxiety and skeletal muscle tension, manifested

as calmness, peacefulness, and being at ease (McCaffery & Beebe, 1989). It is intended to bring about a response opposite to the fight-or-flight response. When relaxed, individuals typically exhibit normal blood pressure and decreases in oxygen consumption, respiratory rate, heart rate, and muscle tension (Benson & Klipper, 2000; Jacobs, 2001). Relaxation is hypothesized to affect pain by (a) reducing tissue oxygen demand and lowering levels of chemicals such as lactic acid that can trigger pain, (b) releasing skeletal muscle tension and anxiety that can exacerbate pain, and (c) releasing endorphins (McCaffery & Pasero, 1999).

Carroll and Seers published two thorough reviews of relaxation interventions for pain in which they evaluated randomized controlled trials of relaxation on both acute and

Kristine L. Kwekkeboom, RN, PhD, *Beta-Eta*, Assistant Professor; Elfa Gretarsdottir, RN, BSc, *Beta-Eta*, Graduate Student; both at University of Wisconsin-Madison, School of Nursing, Madison, WI. Correspondence to Dr. Kwekkeboom, University of Wisconsin-Madison School of Nursing, K6/336 Clinical Science Center, 600 Highland Ave., Madison, WI 53792. E-mail: kwekkeboom@wisc.edu

Accepted for publication December 7, 2005.

chronic pain (Carroll & Seers, 1998; Seers & Carroll, 1998). The literature reviewed was published before 1996 and focused on studies of relaxation used alone, not in combination with other interventions such as imagery or cognitive-behavioral therapy. A significant reduction in pain was reported in less than half of the studies reviewed. The authors found weak evidence to support relaxation interventions for pain and they were unable to draw conclusions regarding the efficacy of specific relaxation techniques. This systematic review follows up on Carroll and Seers' work, presenting a synthesis of original research published since 1996 on relaxation interventions in the management of pain in adults.

Method

CINAHL, Medline, and PsycInfo databases were searched using the terms "relaxation" and "pain" limited to adults and English language, published from 1996 to March 2005. Abstracts were reviewed and copies of articles were obtained if they appeared to meet eligibility criteria, including (a) the article was published after 1995, (b) the design was a randomized clinical trial, with a control or comparison group, (c) the relaxation intervention was tested alone, not in combination with other techniques, and (d) a measure of pain was included in the outcomes. Two reviewers (Kwekkeboom and Gretarsdottir) then reviewed each published report to confirm that it met eligibility criteria. Interventions such as guided imagery, music, or healing touch, which have therapeutic goals beyond simple relaxation, were excluded, as were studies of techniques that required special training, such as biofeedback, or special equipment not readily available in clinical settings, such as immersion baths or environmental relaxation rooms. Studies of migraine and headache symptoms were excluded because they often pertained to headache severity rather than pain. Studies of laboratory-induced pain, case studies, secondary analyses, and dissertations were also excluded.

A total of 15 published articles met criteria. Both reviewers read each article and extracted key data, including methods, participants, interventions, outcomes, and strengths and weaknesses of the study. Any disagreements were discussed and resolved by consensus. Study characteristics and findings are summarized in the **Table**. Cohen's *d*, the standardized difference between two means, was calculated to describe effect size when a statistically significant beneficial effect of relaxation was found and when sufficient and accurate data were provided in the original article.

Results

Progressive Muscle Relaxation (PMR)

PMR, a method of systematic tensing and relaxing muscle groups, was pioneered by Jacobson in 1929 and subsequently modified by [Bernstein and Borkovec in 1973](#). The procedure involves contraction followed by relaxation of 16

isolated muscle groups, including dominant and nondominant hand and forearm, dominant and nondominant biceps, forehead, upper cheeks and nose, lower cheeks and jaw, neck and throat, chest with shoulders and upper back, abdomen and stomach, dominant and nondominant thigh, dominant and nondominant calf, and dominant and nondominant foot ([Bernstein & Borkovec, 1973](#)). Patients are asked to focus all of their attention on their muscles, first focusing on the sensations of tension for approximately 5-7 seconds, and then, as the tension is released, focusing on sensations of warmth, softening, and relaxation for approximately 30 seconds. The goal is to eliminate tension in the body, both physically and mentally. Eight studies of PMR interventions to reduce pain were identified.

In three studies, a PMR intervention was tested in people with arthritis pain. Gay, Philippot, and Luminet (2002) compared PMR to hypnosis and a control condition in a sample of 36 persons with hip or knee osteoarthritis pain. People randomly assigned to PMR or hypnosis received training in eight 30-minute weekly sessions. Participants in the control group received no treatment. Pain was assessed at 1, 2, 3, and 6-months after starting treatment. The PMR group reported significantly less pain than did the control group only at the end of treatment (2 months; $d=.75$). The hypnosis group reported less pain than did the PMR group during treatment (1 month), and less pain than the control group at the 1, 2, and 3-month assessments.

Eckes Peck (1997) compared PMR with therapeutic touch (TT) in a sample of 82 elderly patients with arthritis. All patients completed a 4-week usual treatment baseline phase and were then randomly assigned to receive six 15-20 minute PMR or TT sessions. Pain intensity and pain-related distress were measured at baseline and before and after each PMR or TT treatment. Pain intensity and distress were significantly lower at the last PMR and TT sessions compared to the first. Over time, pain distress, but not pain intensity, was lower in the PMR group than in the TT group. Effect size was not calculated because of inconsistencies in the reported data.

Stenström, Arge, and Sundbom (1997) compared the effects of PMR to exercise training in a sample of 34 patients with inflammatory rheumatic disease. Patients randomly assigned to the relaxation group were instructed in a 15-minute PMR exercise followed by 15 minutes of resting quietly. Patients assigned to the exercise group were taught a 30-minute program including strength exercises, stretching, and walking. Interventions were to be used five times a week for 3 months, then two to three times a week for the following 9 months. Pain was significantly reduced from baseline in the PMR group, but not in the exercise group. However, the observed changes in pain did not differ significantly between the relaxation and exercise groups.

In five studies, PMR was tested in pain conditions other than arthritis. Hattan, King, and [Griffiths \(2002\)](#) compared the effects of PMR, foot massage, and usual treatment (control) in a sample of 25 patients recovering from coronary artery bypass surgery. Patients in the relaxation group

Table. Summary of Studies of Relaxation Interventions

Author	Pain condition	N	Treatment	Length/Frequency of practice	Pain outcome measure	Timing	Results related to relaxation
Progressive muscle relaxation							
Eckes Peck, 1997	Elderly people with arthritis (osteo- or rheumatoid)	82	1. Baseline treatment-as-usual 2. PMR 3. Therapeutic touch Adjuvant to analgesics	20-minutes Every 5-7 days × 6	Sensory Pain Intensity: 10-cm VAS Affective Pain-related Distress: 10-cm VAS	At baseline and before and after each treatment	Within • Pain intensity and pain-related distress were significantly lower at the 6th pretreatment measure than at the 1st pretreatment measure; and at the 6th posttreatment measure than at the 1st posttreatment measure. Between • Over time, pain-related distress was significantly lower in the PMR group compared to therapeutic touch. (d not calculated due to inconsistencies in the reported data)
Field et al., 1999	Working pregnant women with leg and back pain	26	1. PMR 2. Massage Use of analgesics not specified	20-minutes 2 times/week × 5 weeks	Sensory Pain Intensity: VITAS (0-10 VAS with faces every 2 points)	Before and immediately after the first and last treatments	Within • Significant decrease in leg pain after PMR treatment on first and last days. (d not calculated because of insufficient data)
Gay et al., 2002	Hip or knee osteoarthritis	36	1. PMR 2. Hypnosis 3. No treatment (control) Adjuvant to analgesics	30-minutes Once/week × 8 weeks	Sensory Pain intensity: 0-10 VAS Other Analgesic use	Before starting treatment and 1, 2, 3, and 6 months after starting treatment	Between • Massage significantly decreased back pain but PMR did not. Between • Significantly less pain intensity with PMR than control at 2 months post-treatment only ($d=-0.75$). • Significantly less pain in the hypnosis group compared to the PMR group at 1 month only. • Over time, significantly fewer people in the PMR and hypnosis groups used analgesics compared to control group.
Hasson, et al., 2004	Long-term (>3 mos) musculoskeletal pain	117	1. PMR 2. Massage Adjuvant to analgesics	~30-minutes 2 times/week × 5 weeks	Sensory Pain Intensity: 3-4 point Likert scale	At baseline, after the 5 week intervention and at 3 months	Within • No significant changes in pain with PMR Between • Significant improvement in pain in the massage group as compared to no changes in the relaxation group.
Hattan, King & Griffiths, 2002	Post-op (CABG surgery)	25	1. PMR 2. Foot massage 3. No treatment (control) Use of analgesics not specified	20-minutes Single use	Sensory Pain Intensity: 100-mm VAS	Immediately before and after the intervention	Between • No significant difference in pain change scores (pre- to post) between the three groups.

Continued

Table. Continued

Author	Pain condition	N	Treatment	Length/Frequency of practice	Pain outcome measure	Timing	Results related to relaxation
Hernandez-Reif et al., 2001	Chronic low back pain	24	1. PMR 2. Massage Use of analgesics not specified	30-minutes 2 times/week × 5 weeks	Sensory Pain Intensity: VITAS (0-10 VAS with faces every 2 points) Sensory and Affective McGill Pain Questionnaire - Short form (MPQ-SF)	Before and immediately after the first and last treatments	Within • Significant reduction in pain from pre- to post-PMR on the first day of treatment using the MPQ-SF ($d=1.37$). • Significantly lower pretreatment pain rating on the last day of PMR compared to the first using the MPQ-SF ($d=0.91$). Between • Significantly reduced pain in the massage group at all measurement points using the MPQ-SF and VITAS, but no pain reduction with PMR using VITAS.
Hernandez-Reif et al., 2000	Premenstrual syndrome symptoms including pain	24	1. PMR 2. Massage Use of medication was an exclusion criteria	~30-minutes 2 times/week × 5 weeks	Sensory Pain Intensity: 0-10 VAS Other Pain Disability: Menstrual Distress Questionnaire -pain subscale	Before and immediately after the first and last treatments	Within • No significant change in pain intensity or pain disability after PMR treatments. Between • No statistically significant difference in pain scores between PMR and massage.
Stenström, Arge & Sundbom, 1997	Inflammatory rheumatic disease	34	1. PMR 2. Muscle exercise training Adjuvant to analgesics	30-minutes 5 times/week × 3 months, then 2-3 times/week × 9 months	Sensory Pain subscale - Arthritis Impact Measurement Scale 2 (AIMS2) Pain subscale - Nottingham Health Profile	At baseline and at the end of the 12-month intervention	Within • Pain measured with the AIMS2 was significantly reduced from baseline after 12 months of PMR treatments. (d not calculated because of insufficient data) • No significant change in pain using the Nottingham Health Profile. Between • No significant differences in pain between the PMR and exercise training groups.
Autogenic training Fialka et al., 1996	Reflex Sympathetic Dystrophy Syndrome	18	1. Home therapy program (treatment-as-usual) 2. Home therapy program + AT Use of analgesics not specified	90-minutes Once/week × 10 weeks, + daily practice	Sensory Pain Intensity: 100-mm VAS	Before and after the 10-week program	Between • No difference in pain change between AT and treatment-as-usual.
Gavito et al., 1999	Post-op (lung surgery)	20	1. Treatment-as-usual (control) 2. Treatment-as-usual + AT Use of analgesics not specified	Length not specified 3 times/day pre-opPost-op use (up to 10 days) not specified	Sensory Pain Severity: VAS	Before dressing changes and 10-minutes after	Between • Significant decrease in pain after the first dressing change in the AT group ($d=1.17$), but no reduction in the control group. • No differences in pain between AT and control at subsequent measurements.

Continued

Table. Continued

Author	Pain condition	N	Treatment	Length/Frequency of practice	Pain outcome measure	Timing	Results related to relaxation
Jaw relaxation							
Good et al., 1999	Post-op (major abdominal surgery)	500	1. Jaw relaxation 2. Music 3. Jaw relaxation + music 4. Treatment-as-usual (control) Adjunct to analgesics	Pre-op training + practice $\times$ 4 Post-op use 15-minutes (at rest), 31-32 minutes (with ambulation)	Sensory Pain Sensation: 100-mm VAS Affective Pain Distress: 100-mm VAS	Before and after 15 minute rest periods. Before and after preparation for ambulating. After ambulating and after 10-minute recovery period	Between • Less pain sensation and distress with jaw relaxation compared to control at all measurement points except after ambulating (d sensation= $0.21 - 0.48$; d distress= $0.19 - 0.40$). • Significantly less pain in the combined music and relaxation group after rest on Day 1 compared to the jaw relaxation only and music only groups. • No significant differences between jaw relaxation and music groups.
Rhythmic breathing							
Daltroy et al., 1998	Post-op (elderly patients having total hip or knee replacement surgery)	216	1. Information 2. Relaxation 3. Information + Relaxation 4. No treatment (control) Adjunct to analgesics	18-minutes pre-op training + unspecified practice Post-op frequency unspecified	Sensory Pain Intensity: 1-5 Likert scale (not at all – extremely painful) Other Analgesic use	Not described (reported average pain and charted analgesic use during first 4 post-op days)	Between • No significant difference in pain or analgesic use between the relaxation and control groups.
Other relaxation techniques							
Houston & Jesurum, 1999	Procedural pain (chest tube removal after CABG surgery)	24	1. Quick Relaxation Technique 2. Treatment-as-usual (control) Adjunct to analgesics	Length unspecified Pre-procedure training + 2 practice sessions Used during procedure	Sensory Pain intensity: 100-mm VAS	At the time of chest tube removal	Between • No significant differences in pain between relaxation and control groups.
Roykulchar-oen & Good, 2004	Post-op (abdominal surgery)	102	1. Systematic relaxation 2. Treatment-as-usual (control) Adjunct to analgesics	Pre-op training + practice $\times$ 3 Post-op use 15-minutes	Sensory Pain sensation: 100-mm VAS Affective Pain distress: 100-mm VAS Other Analgesic use	Before and after a 15 minute recovery period following the first post-op ambulation	Between • Posttest pain sensation and distress were significantly lower in the relaxation group compared to control (d sensation= 2.27 , d distress= 1.87). • No differences in analgesic use between groups.
Sherman et al., 1997	Orofacial pain	21	1. Stretch-based relaxation 2. No treatment (control) No analgesics within 24 hours of study participation	20-30 minutes Single use	Sensory & Affective McGill Pain Questionnaire – Short form (MPQ-SF)	Before and 2-minutes after the intervention	Between • No significant difference in pain after the relaxation intervention compared to control.

listened to a 20-minute recorded PMR exercise. Patients in the massage group received a 20-minute foot massage. Patients in the control group rested or read a book in bed for 20 minutes. Treatments were implemented a single time, on the second postoperative day. Pain was assessed before and immediately after the 20-minute session. Change in pain scores (pre and post) did not differ significantly among the three groups.

Hasson, Arnetz, Jelveus, and Edelstam (2004) compared the effects of PMR to massage in a sample of 117 patients with musculoskeletal pain. People randomly assigned to the relaxation group received PMR training with instructions to practice twice a week for 5 weeks. People in the massage group received seven 30-minute massages (one to three per week). Pain was assessed before and after the series of treatments and again 3 months later. Pain did not change over time in the PMR group. In the massage group, pain was significantly improved immediately after treatment, but had returned to pretreatment levels at 3 months.

Finally, in three studies with similar designs, PMR interventions were compared to massage in working women with leg and back pain (Field et al., 1999), people with chronic low-back pain (Hernandez-Reif, Field, Krasnegor, & Theakston, 2001), and women with premenstrual symptoms including pain (Hernandez-Reif et al., 2000). In all three studies, the relaxation group received instructions to practice PMR for 20 to 30 minutes, twice a week for 5 weeks, and the massage group received two 20-30 minute massages per week for 5 weeks. Pain was assessed before and after the first and last treatments. In the study of pregnant women, leg pain was significantly decreased after the first and last treatments in both the PMR and massage groups, but back pain was decreased only in the massage group (Field et al.). Sufficient data were not provided to calculate within-group effect size. In the sample of people with low-back pain, pain was significantly decreased after the first PMR treatment ($d=.91$) and was significantly lower before the last PMR treatment compared to the first ($d=1.31$). Pain was also significantly reduced at all times in the massage group (Hernandez-Reif et al., 2001). In the sample of people with premenstrual pain, pain intensity and pain disability scores improved in the massage group but not the PMR group (Hernandez-Reif et al.).

Autogenic Training (AT)

AT is a mental exercise focused on various sensations of physical relaxation. The general procedure includes finding a comfortable position in a quiet, dimly lit room, closing the eyes, and focusing on feelings of heaviness and warmth in the limbs, regular heart rate, slow rhythmic breathing, warmth in the abdomen, and coolness in the forehead (Benson & Klipper, 2000; Fialka et al., 1996). The goal of the exercise is to be able to quickly reduce stress and anxiety by voluntarily shifting into a relaxed state. Two reports describing tests of AT interventions on pain were identified.

Fialka and colleagues (1996) tested the effect of AT on pain in 18 patients with reflex sympathetic dystrophy syn-

drome. Patients were randomly assigned to usual treatment (control) or usual treatment plus AT. Usual treatment included a home therapy program of elevation, ice application, and therapeutic exercises. The relaxation group also participated in a weekly 90-minute AT session for 10 weeks, with AT practice at home between sessions. Pain was assessed before and after the 10-week program. Pain decreased significantly from pre- to posttreatment in both the AT and control groups, with no significant differences in pain between groups.

AT was also studied in the treatment of postoperative pain (Gavito, Ledezma, Morales, Villalba, & Ortega-Soto, 1999). The investigators compared AT to usual treatment (control) in a sample of 20 persons recovering from open lung biopsy or thoracotomy. People in the AT group were trained in the procedure and instructed to practice three times per day throughout the hospitalization. People in the control group followed routine medical treatment. Pain was measured before and 10 minutes after each daily dressing change. At the first dressing change, pain was significantly decreased in the AT group but not in the control group ($d=1.11$). Subsequent evaluations showed no difference in pain between the AT and control groups.

Jaw Relaxation

Jaw relaxation is focused on relaxing only the organs of speech. Relaxing the mouth, throat, and face with this exercise is thought to reduce anxiety and stimulate the release of muscle tension throughout the body. The patient is instructed to drop the lower jaw as if starting to yawn, rest the tongue at the bottom of the mouth, let go of tension in the lips, face, and throat, and breathe slowly and rhythmically (Rathbone, 1969). This relaxation exercise can be completed quickly, in just a few minutes. One report of original research of jaw relaxation to reduce pain was identified.

Good and colleagues (1999) compared the effects of jaw relaxation, music, jaw relaxation plus music, and usual treatment (control) in a sample of 500 patients with postoperative pain following major abdominal surgery. People in the jaw relaxation group listened to recorded exercise instructions, repeated at 1-minute intervals. Participants in the music group listened to their choice of synthesizer, harp, piano, orchestral, or slow jazz music. In the combination group, recorded jaw relaxation instructions were intermittently repeated while the patient's choice of relaxing music played in the background. All patients received training in the preoperative period and then listened to their assigned treatment audiotape for 2 days postoperatively at rest and during ambulation. People in the control group did not receive an audiotape. Pain sensation and distress were measured before and after the 15-minute rest, before and after preparation for ambulation, after ambulating, and after a 10-minute recovery period. Posttest pain scores were significantly lower in the treatment groups than in the control group. Pain sensation scores were significantly lower in the relaxation group compared to the control group at all points except immediately after ambulation on days 1 and

2 ($d=.21, -.48$). Pain distress was significantly lower after jaw relaxation compared to control at all points except after ambulation on day 1 ($d=.19, -.40$). Pain scores in the combination group were significantly lower than in either the music or relaxation group, but only after the 15-minute rest on day 1. No differences in pain scores were found between the relaxation and music conditions.

Rhythmic Breathing

Another familiar relaxation technique is focused rhythmic breathing. The general procedure includes sitting in a comfortable position in a quiet room, closing the eyes, relaxing muscles from the bottom of the body up to the top, becoming aware of breathing, and using a repeated word or phrase to notice the pattern and regularity of breathing (Benson, 1975). The goal is to slow physical and mental activity sufficiently to decrease sympathetic nervous system response. One study of a rhythmic breathing exercise for pain relief was identified.

Daltroy, Morlino, Eaton, Poss, and Liang (1998) conducted a study to compare the effects of relaxation, information, information plus relaxation, and control in a sample of 216 elderly patients undergoing total hip or knee replacement surgery. The relaxation group received an 18-minute audiotape of Benson's relaxation technique with instructions to practice both pre- and postoperatively. The information group received a 12-minute audio-slide program including orientation to the hospital and explanation of events of surgery and rehabilitation. The information plus relaxation group received the information program first, followed by relaxation training. The control group did not receive any special treatment. Average pain was evaluated over the first 4 days after surgery. Pain scores did not differ between the control and intervention groups.

Other Relaxation Interventions

Three studies were tests of relaxation techniques that did not fit into the previously described categories. Sherman, Carlson, McCubbin, and Wilson (1997) tested a stretch-based relaxation technique in a sample of 21 patients with orofacial pain. Stretch-based relaxation involved gently stretching selected muscle groups for 10 seconds and then releasing them, triggering muscle relaxation without the need for active muscle contraction. Stretches included a facial stretch, two neck stretches, a hand and arm stretch, and a finger stretch (Carlson, Collins, Nitz, Sturgis, & Rogers, 1990). The investigators tested the stretch-based relaxation technique in a sample of 21 patients with orofacial pain. People in the relaxation group completed 20 to 30 minutes of relaxation. People in the control group rested quietly for the same amount of time. Pain scores in the relaxation group did not differ from those reported in the control group.

Houston and Jesurum (1999) tested a quick relaxation technique (QRT) on pain during chest tube removal. Twenty-four patients recovering from coronary bypass surgery were randomly assigned to receive usual treatment

(analgesics) or QRT plus analgesics. QRT included clenching fists, breathing in deeply, exhaling slowly, going limp like a rag doll, and starting to yawn. QRT training was provided the night before chest tube removal, and was practiced immediately before the procedure. All patients received 50-75 mg of Demerol 45 to 60 minutes before chest tube removal. Participants were asked to report pain felt when the chest tube was removed. Pain scores did not differ between the relaxation and control groups.

Roykulcharoen and Good (2004) tested a passive systematic relaxation intervention on pain after abdominal surgery. The systematic relaxation intervention was described as different from PMR, AT, jaw relaxation, and rhythmic breathing. Relaxation instructions included lying in a comfortable position in bed with eyes closed, passively relaxing different parts of the body in sequence from feet to head, and focusing on the sensations of relaxation. The relaxation group received training and was coached in practicing the technique preoperatively. After surgery, the intervention was used during a 15-minute recovery period after the first ambulation. Control participants were asked to lie quietly for 15 minutes. Changes in pain sensation and distress after the 15-minute recovery period indicated significantly greater relief in the relaxation group compared to the control group ($d_{\text{sensation}}=2.27, d_{\text{distress}}=1.87$).

Discussion

A significant effect of relaxation on pain was documented in 8 of the 15 studies reviewed. Researchers reported pain relief with PMR in studies of people with arthritis pain (Eckes Peck 1997; Gay et al., 2002; Stenström, Arge, & Sundbom, 1997), chronic low-back pain (Hernandez-Reif et al., 2001), and leg pain related to pregnancy (Field et al., 1999). Autogenic training (Gavito et al., 1999), jaw relaxation (Good et al., 1999), and systematic relaxation (Roykulcharoen & Good, 2004) were effective in studies of postoperative pain. Rhythmic breathing and other relaxation interventions reviewed were not effective in reducing pain.

Several strengths were identified across the studies reviewed. Patient populations sampled included both acute and chronic pain conditions. Similar proportions of these studies (50% and 57%, respectively) resulted in pain relief with relaxation. Most of the investigators implemented the relaxation intervention several times over a period of days or weeks, giving participants an adequate opportunity to learn and practice the technique. Although pain relief was documented in 8 of 13 studies in which patients used relaxation several times, none of the studies of a one-time use of relaxation resulted in significant improvement in pain. Nearly all of the studies included pain measures that have established reliability, validity, and evidence of sensitivity to pain treatments such as the VAS (Jensen, 2003). The studies reviewed here all included control conditions or

relevant active-treatment comparison conditions to adequately test the effects of the relaxation interventions. Reduced pain was reported in 4 of 9 studies with a control condition, and similar pain outcomes were described between groups in 5 of 10 studies with an active-treatment comparison condition.

Despite these strengths, weaknesses in the relaxation research might partly account for the mixed results. Small sample sizes ($n < 50$) were used in two-thirds of the studies. Authors rarely addressed power or provided justification for their sample sizes. Although similar proportions of studies with large and small sample sizes showed beneficial effects, those with small samples may have been underpowered and their results may not be accurate. Relaxation techniques were frequently practiced independently by the research participants, without the investigators monitoring frequency, duration, or correctness of use.

Relaxation was used as an adjuvant to analgesic medications, as recommended in practice guidelines, in only half of the studies (American Pain Society, 2005; McCaffery & Pasero, 1999) and none of the studies that excluded the use of analgesics resulted in pain relief. Use of analgesics is necessary to reduce pain to a level at which cognitive focus and mental relaxation is possible. The use of analgesics, however, must be assessed and few investigators described control for analgesic use in their design or statistical analyses.

Multidimensional measures of pain, including both sensory and affective pain components, were used in relatively few studies. Pain-related distress was reduced in four of the five studies that included measures of the affective dimension of pain. Finally, pain-relieving effects of relaxation were more frequently reported as a result of within-group comparisons than between-group comparisons. This finding could have indicated placebo effects; patients may have reported less pain in response to expectations for benefit or because of helpful interactions with the researcher (Kwekkeboom, 1997).

Several key questions about the effects of relaxation interventions remain unanswered. Findings from this review seemed to indicate that more frequent use of relaxation resulted in more positive outcomes. Better understanding of the dose-response relationship is necessary, that is, how much practice is necessary to produce a clinically significant change in pain for various pain conditions? Also unclear is how long the effect of relaxation interventions last, especially if used repeatedly over a series of weeks or months. In the studies reviewed here, improvements in pain were documented only when pain was measured immediately after the relaxation intervention. Finally, individual differences in characteristics of study participants might influence the pain relief achieved with relaxation. For example, some people are known to have a paradoxical stress reaction when they are asked to direct an effort toward relaxation (Heide & Borkovec, 1984). Research is needed to explore and identify individual characteristics, such as cognitive skills or coping strategy preferences, that might affect responses to relaxation interventions.

Conclusions

Given the variations in methodology and study quality, conclusions about specific relaxation techniques are limited. Beneficial effects of PMR and AT are somewhat questionable because of methodological weaknesses in some of these studies. On the contrary, beneficial effects of jaw relaxation and systematic relaxation were documented in two methodologically strong studies of postoperative pain.

Based on results of this review and those of Carroll and Seers (1998; Seers & Carroll, 1998), insufficient evidence exists for recommending broad implementation of any particular relaxation technique for all patients or across pain conditions. Practicing nurses might implement PMR interventions with cautious optimism, particularly in patients with arthritis pain. Nurses might also consider asking interested patients with postoperative pain to try adding jaw relaxation or systematic relaxation interventions to their analgesic regimen. In clinical uses, nurses should provide careful instruction in the specific steps of the relaxation technique and evaluate sensory and affective responses to the intervention immediately after its use. As with all interventions, nurses should be aware of the need to tailor or change treatment plans based on individual patient response.

In the future, researchers should attempt to overcome previous limitations by using randomized control or crossover designs with appropriate between- or within-subjects comparison conditions that can account for placebo effects, carefully calculating sample sizes to assure reasonable power, assessing frequency and quality of participants' uses of relaxation techniques, and statistically controlling for analgesic use. Next steps for research include replication of PMR studies with adequate power and control conditions, continued testing of systematic relaxation, and expansion of jaw relaxation studies to nonoperative pain populations. In addition investigators should explore unanswered questions about the dose-response relationship, duration of effects, and individual characteristics that influence responses to relaxation. Additional studies are needed to evaluate the specific relaxation components of combination interventions used for pain. Nurses would be better equipped to help their patients if they had research evidence about specific relaxation interventions which are effective for specific patients.

References

- American Pain Society. (2005). *Guideline for the management of cancer pain in adults and children*. Glenview, IL: Author.
- Benson, H. (1975). *The relaxation response*. New York: William Morrow.
- Benson, H., & Klipper, M.Z. (2000). *The relaxation response: Updated and expanded*. New York: Harper Collins.
- Bernstein, D., & Borkovec, T. (1973). *Progressive relaxation: A manual for the helping professions*. Champaign, IL: Research Press.
- Carroll, D., & Seers, K. (1998). Relaxation for the relief of chronic pain: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 476-487.
- Craven, R.F., & Hirnle, C.J. (2003). *Fundamentals of nursing, human health and function* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

- Daltroy, L.H., Morlino, C.I., Eaton, H.M., Poss, R., & Liang, M.H. (1998). Preoperative education for total hip and knee replacement patients. *Arthritis Care and Research*, 11, 469–478.
- Eckes Peck, S.D. (1997). The effectiveness of therapeutic touch for decreasing pain in elders with degenerative arthritis. *Journal of Holistic Nursing*, 15, 176–198.
- Eisenberg, D.M., Davis, R.B., Ettner, S.L., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M., et al. (1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990–1997. *JAMA*, 280, 1569–1575.
- Fialka, V., Korpan, M., Saradeth, T., Paternostro-Slugo, T., Hexel, O., Frischenschlager, O., et al. (1996). Autogenic training for reflex sympathetic dystrophy: A pilot study. *Complementary Therapies in Medicine*, 4, 103–105.
- Field, T., Hernandez-Reif, M., Hart, S., Theakston, H., Schanberg, S., & Kuhn, C. (1999). Pregnant women benefit from massage therapy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 20, 31–38.
- Gay, M.C., Philippot, P., & Luminet, O. (2002). Differential effectiveness of psychobiological interventions for reducing osteoarthritis pain: A comparison of Erickson hypnosis and Jacobsen relaxation. *European Journal of Pain*, 6, 1–16.
- Gavito, M.C., Ledezma, P., Morales, J., Villalba, J., & Ortega-Soto, H.A. (1999). Effect of induced relaxation on pain and anxiety in thoracotomized patients. *Salud Mental*, 22(4), 24–27.
- Good, M., Stanton-Hicks, M., Grass, J.A., Cronston Anderson, G., Choi, C., Schoolmeesters, L.J., et al. (1999). Relief of postoperative pain with jaw relaxation, music and their combination. *Pain*, 81, 163–172.
- Hasson, D., Arnetz, B., Jelveus, L., & Edelstam, B. (2004). A randomized clinical trial of the treatment effects of massage compared to relaxation tape recordings on diffuse long-term pain. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 17–24.
- Hattan, J., King, L., & Griffiths, P. (2002). The impact of foot massage and guided relaxation following cardiac surgery: A randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 37, 199–207.
- Heide, F.J., & Borkovec, T.D. (1984). Relaxation-induced anxiety: Mechanisms and theoretical implications. *Behavior Research & Therapy*, 22, 1–12.
- Hernandez-Reif, M., Field, T., Krasnegor, J., & Theakston, H. (2001). Lower back pain is reduced and range of motion increased after massage therapy. *International Journal of Neuroscience*, 106, 131–145.
- Hernandez-Reif, M., Martinez, A., Field, T., Quintero, O., Hart, S., & Burman, I. (2000). Premenstrual symptoms are relieved by massage therapy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 21, 9–15.
- Houston, S., & Jesurum, J. (1999). The quick relaxation technique: Effect on pain associated with chest tube removal. *Applied Nursing Research*, 12, 196–205.
- Jacobs, G.D. (2001). The physiology of mind-body interactions: The stress response and the relaxation response. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 7(Suppl. 1), 583–592.
- Jacobsen, E. (1929). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jensen, M.P. (2003). The validity and reliability of pain measures in adults with cancer. *Journal of Pain*, 4, 2–21.
- Kessler, R.C., Davis, R.B., Foster, D.F., Van Rompay, M.I., Walters, E.E., Wilkey, S.A., et al. (2001). Long-term trends in the use of complementary and alternative medical therapies in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 135, 262–268.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2004). *Fundamentals of nursing, concepts, process, and practice* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Kwekkeboom, K.L. (1997). The placebo effect in symptom management. *Oncology Nursing Forum*, 24, 1393–1399.
- McCaffrey, M., & Beebe, A. (1989). *Pain: Clinical manual for nursing practice*. St. Louis, MO: Mosby.
- McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical manual for nursing practice* (2nd ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Fundamentals of nursing* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Rathbone, J. (1969). *Relaxation*. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Roykulcharoen, V., & Good, M. (2004). Systematic relaxation to relieve postoperative pain. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 140–148.
- Seers, K., & Carroll, D. (1998). Relaxation techniques for acute pain management: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 466–475.
- Sherman, J.J., Carlson, C.R., McCubbin, J.A., & Wilson, J.F. (1997). Effects of stretch-based progressive relaxation training on the secretion of salivary immunoglobulin A in orofacial pain patients. *Journal of Orofacial Pain*, 11, 115–124.
- Stenström, C.H., Arge, B., & Sundbom, A. (1997). Home exercise and compliance in inflammatory rheumatic diseases—a prospective clinical trial. *The Journal of Rheumatology*, 24, 470–475.

PENYULUHAN HERNIA/GEDUN



Di susun oleh :

Nama : Herlina Yulianti K

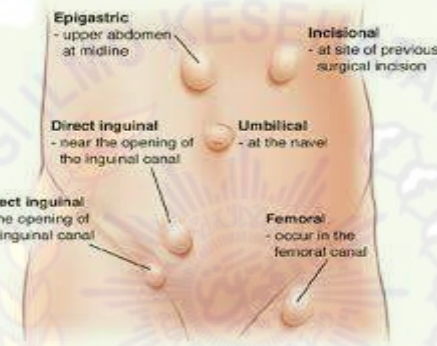
NIM : A01301763

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
MUHAMMADIYAH GOMBONG

2016

PENGERTIAN HERNIA

Hernia inguinalis lateralis adalah tonjolan dari abdomen di lateral prmbuluh epigastrika inferior melalui dua pintu yaitu annulus dan kanalis inguinalis (Sjamsuhidajat & Jong, 2012).



PENYEBAB HERNIA

- 1) Jaringan melemah
- 2) Luasnya daerah di dalam ligmen inguinal
- 3) Trauma
- 4) Obesitas
- 5) Melakukan pekerjaan berat

- 6) Terlalu mengejan saat buang air kecil atau besar



TANDA DAN GEJALA HERNIA

- ❖ Reponible: yaitu bila isi hernia dapat keluar masuk
- ❖ Irreponible: yaitu benjolan yang sudah menetap baik di lipatan paha maupun di pusar
- ❖ Incarcerate: yaitu benjolan sudah semakinn menetap karena sudah terjadi di sumbatan di saluran makanan sudah terjadi di bagian tersebut

- ❖ Strangulata: yaitu tingkatan hernia paling parah karena pembuluh darah sudah terjepit.

PENANGANAN HERNIA

- ❖ Bila benjolan hernia dapat di masukkan maka tindakannya adalah hanya menggunakan penyangga atau korset untuk mempertahankan isi hernia



- ❖ Bila sudah tidak di reposisi maka satu satunya tindakan yang harus di lakukan adalah operasi

Diet penderita HEMOROID

- 1) Diet cair hingga fungsi gastritis berfungsi kembali



- 2) Kemudian makan makanan yang bergizi dan tinggi protein



- 3) Hindari kopi, teh, coklat, minuman beralkohol



- 4) Hindari aktivitas yang berat



LAPORAN KONSUL BIMBINGAN KTI

MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG

Nama : Herlina Yulianti Kulsum

Nim : A01301763

Pembimbing : Irmawan Andri, S.Kep,Ns,M.Kep

No	Waktu	Topik bimbingan	Keterangan	paraf
1.	20 Juni 2016	Tema		
2.	24 Juni 2016	BAB I		
3.	02 Juli 2016	BAB Revisi BAB I + BAB II.		
4.	04 Juli 2016	Revisi BAB I + II + III		
5.	12 Juli 2016	Revisi BAB I + II + III		
6.	18 Juli 2016	Revisi BAB II + III		
7.	20 Juli 2016	BAB III + IV		
8.	23 Juli 2016	BAB I - Lampiran		
9.	25 Juli 2016	BAB IV + Lampiran		
10.	11 Agustus 2016	BAB IV		
11.	15 Agustus 2016	BAB I - V		
12.	18 Agustus	BAB I - V	ACC	