BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Nyeri Akut pada Post Operasi Mioma Uteri

1. Pengertian nyeri akut pada post operasi mioma uteri

Mioma uteri (*Leiomioma, Fibromioma, Fibroid*) adalah tumor jinak pada dinding rahim wanita yang terdiri dari otot dan jaringan fibrosa. Ukurannya bervariasi, mulai dari yang tak terlihat sampai sebesar buah semangka. Pembesaran mioma dapat menyebabkan nyeri yang hebat. Tekanan atau perasaan berat di daerah panggul selama atau diantara siklus menstruasi merupakan gejala dari nyeri (Nugroho & Utama, 2014).

Pembedahan dilakukan karena ukuran mioma semakin membesar. Tindakan tersebut dapat dilakukan dengan dua cara yaitu dengan miomektomi dan histerektomi. Miomektomi yaitu pengangkatan mioma, sedangkan histerektomi yaitu pengangkatan seluruh rahim (Nugroho & Utama, 2014). Hal ini menyebabkan pasien merasakan nyeri akut yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Menurut Nanda Internasional (2018), nyeri akut merupakan pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi.

2. Penyebab nyeri akut pada post operasi mioma uteri

Penyebab nyeri akut menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) pada post operasi mioma uteri, yaitu:

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

Terdapat beberapa penyebab nyeri akut yang telah disebutkan, namun penyebab yang mungkin terhadap terjadinya masalah nyeri akut pada post operasi mioma uteri yaitu agen pencedera fisik (prosedur operasi).

3. Faktor yang mempengaruhi nyeri akut pada post operasi mioma uteri

Menurut Mubarak, W. I., Indrawati, L., & Susanto (2015), persepsi individu terhadap nyeri dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain :

a. Pengalaman nyeri sebelumnya

Pengalaman masa lalu juga berpengaruh terhadap persepsi nyeri dan kepekaannya terhadap nyeri. Individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang akan terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya. Keberhasilan atau kegagalan metode penanganan nyeri sebelumnya juga berpengaruh terhadap harapan individu yang terhadap penangan nyeri saat ini.

b. Ansietas dan stress

Ansietas seringkali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di

sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mampu mengontrol nyeri yang dirasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri.

c. Jenis kelamin

Beberapa kebudayaan yang memengaruhi jenis kelamin misalnya menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Namun secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespon terhadap nyeri.

d. Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan. Makna nyeri memengaruhi pengalaman nyeri dan secara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

e. Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat memengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

f. Keletihan

Rasa kelelahan menyebabkan sensai nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping sehingga meningkatkan persepsi nyeri.

g. Gaya koping

Individu yang memiliki lokasi kendali internal mempersiapkan diri sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan dan hasil akhir suatu peristiwa

nyeri. Sebaliknya, individu yang memiliki lokus kendali eksternal mempersepsikan faktor lain di dalam lingkungan seperti perawat sebagai individu yang bertanggung jawab terhadap hasil akhir dari suatu peristiwa.

4. Proses terjadinya nyeri akut pada post operasi mioma uteri

Mekanisme nyeri secara sederhana dimulai dari transduksi stimuli akibat kerusakan jaringan dan saraf sensoris menjadi aktivitas listrik kemudian ditransmisikan melalui serabut saraf bermielin A delta dan saraf tidak bermielin C ke kornu dorsalis medulla spinalis, talamus, dan korteks serebri. Impuls listrik tersebut dipersepsikan dan didiskriminasikan sebagai kualitas dan kuantitas nyeri setelah mengalami modulasi sepanjang saraf perifer dan disusun saraf pusat. Rangsangan yang dapat membangkitkan nyeri berupa rangsangan mekanik, suhu (panas atau dingin), dan agen kimiawi yang dilepaskan karena trauma/inflamasi. Fenomena nyeri timbul karena adanya kemampuan sistem saraf untuk mengubah berbagai stimuli mekanik, kimia, termal, dan elektris menjadi potensial aksi yang dijalarkan ke sistem saraf pusat (Mubarak, W. I., Indrawati, L., & Susanto, 2015).

Menurut Hamarno, T, & Hisbulloh (2017), nyeri yang timbul pada post operasi mioma uteri dikarenakan sayatan/pembedahan yang meninggalkan bekas luka jaritan. Luka tersebut masih dalam fase inflamasi, dimana fase inflamasi berlangsung sampai lima hari post operasi dan responden masih berada dalam kondisi merasakan nyeri. Banyak permasalahan dalam penyembuhan luka, seperti waktu penyembuhan yang lama, terutama bila terjadi penyembuhan secara sekunder. Nyeri menjadi stressor yang memicu timbulnya gejala klinis patatologi, memicu modulasi respon imun, sehingga menyebabkan penurunan sistem imun yang berakibat pemanjangan waktu penyembuhan luka.

Rata-rata nyeri yang dirasakan setelah tindakan operasi mioma uteri sebesar 4-6 dalam rentang nyeri sedang. Nyeri akibat operasi ini tidak hanya memiliki komponen sensori berhubungan dengan rusaknya jaringan, tetapi juga dipengaruhi oleh komponen psikososial dari responden. Rasa nyeri timbul bila ada jaringan rusak dan hal ini akan menyebabkan individu bereaksi dengan cara memindahkan stimulus nyeri. Stimulus nyeri dapat berupa stimulus yang bersifat fisik dan mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual pada fungsi-fungsi ego seseorang (Hamarno et al., 2017).

5. Tanda dan gejala nyeri akut pada post operasi mioma uteri

Nyeri akut pada post operasi mioma uteri memiliki tanda dan gejala mayor maupun minor sebagai berikut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

a. Tanda dan gejala mayor:

1) Secara subjektif mengeluh nyeri.

2) Secara objektif tampak meringis, bersikap protektif (misalnya, waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur.

b. Tanda dan gejala minor:

1) Secara subjektif tidak ada gejala minor dari nyeri akut.

2) Secara objektif nyeri akut ditandai dengan tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis.

6. Penatalaksanaan nyeri akut pada post operasi mioma uteri

Penatalaksanaan post operasi mioma uteri menurut Utami (2016) yaitu:

a. Pengkajian tanda-tanda vital (TTV)

Pasca operasi mioma uteri dilakukan pengkajian TTV yang terdiri dari tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi untuk mengetahui adanya perubahan sistem pada tubuh dan mengetahui keadaan umum ibu.

b. Pengkajian skala nyeri

Pengkajian skala nyeri yang dilakukan pada ibu post operasi mioma uteri bertujuan untuk mengobservasi nyeri post operasi mioma uteri yang dirasakan oleh pasien sehingga dapat dilakukan tindakan untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien tersebut. Pengkajian skala nyeri dilakukan dengan menggunakan PQRST yaitu sebagai berikut.

P (*Provocate*) : penyebab terjadinya nyeri.

Q (*Quality*) : kualitas nyeri (sesuatu yang subjektif diungkapkan oleh pasien).

R (*Region*) : lokasi nyeri.

S (*Severe*) : skala nyeri.

T (*Time*) : kapan nyeri tersebut muncul.

c. Mengajarkan teknik relaksasi

Teknik relaksasi yang diajarkan kepada pasien bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien setelah tindakan pembedahan. Teknik relaksasi diharapkan dapat mengalihkan perhatian pasien terhadap rasa nyeri yang dirasakan. Teknik relaksasi dapat dilakukan dengan mengajarkan menarik napas dalam lalu dikeluarkan melalui mulut.

d. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian therapy

Pada kasus post operasi mioma uteri pasien biasanya akan diberikan therapy berupa Ceftriazone 1 gr, Ketorolac 1 ml, Cefadroxil 3x1 @ 500mg, Asam mefenamat 3x1 @ 500mg.

e. Pemberian komunikasi informasi dan edukasi (KIE) tentang mengkonsumsi makanan bergizi terutama makanan yang mengandung protein, istirahat yang cukup, dan juga mobilisasi.

7. Dampak nyeri akut pada post operasi mioma uteri

Menurut Mubarak, W. I., Indrawati, L., & Susanto (2015), nyeri akut yang dirasakan pasien akan berdampak pada fisik, perilaku, dan aktifitas sehari-hari.

a. Tanda dan gejala fisik

Tanda fisiologi dapat menunjukan nyeri pada pasien yang berupaya untuk tidak mengeluh atau mengakui ketidaknyamanan. Sangat penting untuk mengkaji tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik termasuk mengobservasi keterlibatan saraf otonomi. Saat awitan nyeri akut, denyut jantung tekanan darah, dan frekuensi pernapasan meningkat.

b. Dampak perilaku

Pasien yang mengalami nyeri menunjukkan ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang khas dan berespon secara vokal serta mengalami kerusakan dalam interaksi sosial. Pasien seringkali meringis, mengernyitkan dahi, menggigit bibir, gelisah, imobilisasi mengalami ketegangan otot, melakukan gerakan melindungi bagian tubuh sampai dengan menghindari percakapan, menghindari kontak sosial, dan hanya fokus pada aktivitas menghilangkan nyeri.

c. Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

Pasien yang mengalami nyeri setiap hari kurang mampu berpartisipasi dalam aktivitas rutin seperti mengalami kesulitan dalam melakukan tindakan kebersihan normal serta dapat mengganggu aktivitas sosial dan hubungan seksual.

Selain itu menurut Mayangsari (2016), pasien pasca operasi seringkali dihadapkan pada permasalahan adanya proses peradangan akut dan nyeri yang mengakibatkan keterbatasan gerak. Akibat dari nyeri pasca operasi pasien menjadi immobilisasi yang merupakan kontradiksi yang dapat mempengaruhi kondisi seseorang. Setiap tindakan operasi atau pembedahan pasti akan menimbulkan rasa nyeri yang berakibat memberikan rasa ketakutan pada pasien untuk dapat bergerak atau mobilisasi yang dapat menurunkan kualitas hidup, bahkan nyeri merupakan sumber frustasi.

Nyeri pasca operasi ini harus segera ditindaklanjuti karena bisa menyebabkan komplikasi serta trauma pada pasien. Bahkan beberapa penelitian menyebutkan bahwa penderita nyeri mempunyai kecenderungan melakukan tindakan percobaan bunuh diri dikarenakan tidak tahannya mereka dengan rasa nyeri yang diderita (Mayangsari, 2016).

B. Teori Asuhan Keperawatan pada Ibu Post Operasi Mioma Uteri dengan Nyeri Akut

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian adalah proses pengumpulan semua data dari pasien (keluarga/kelompok/komunitas), proses mengolahnya menjadi informasi, dan

kemudian mengatur informasi yang bermakna dalam kategori pengetahuan, yang dikenal sebagai diagnosis keperawatan (Nanda Internasional, 2018).

Menurut Mubarak, W. I., Indrawati, L., & Susanto (2015), pengkajian nyeri terdiri atas dua komponen utama, yakni riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari pasien dan observasi langsung pada respons perilaku dan fisiologis pasien. Data yang akurat penting untuk upaya penatalakasanaan nyeri yang efektif.

Pendapat lain dari Jitowiyono & Kristiyanasari (2012) menyatakan bahwa perawatan yang dikaji dan harus didapatkan pada pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut pada post operasi mioma uteri antara lain:

a. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor *medical record*.

b. Keluhan utama

Subjektif : mengeluh nyeri

Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST sebagai berikut.

1) P (*provokatif* atau *paliatif*) merupakan data dari penyebab atau sumber nyeri. Nyeri biasanya berasal dari luka bekas operasi mioma uteri baik itu secara miomektomi maupun histerektomi (Manuaba, 2005).
2) Q (*quality* atau kualitas) merupakan data yang menyebutkan seperti apa nyeri yang dirasakan pasien. Tindakan pembedahan yang dilakukan terhadap pasien menimbulkan nyeri seperti ditusuk-tusuk dan tajam.
3) R (*regional* atau area yang terpapar nyeri atau radiasi) merupakan data

mengenai dimana lokasi nyeri yang dirasakan pasien. Nyeri dirasakan pada bagian sayatan seperti di vaginal atau abdominal dan sekitarnya.

4) S (skala) merupakan data mengenai seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien. Pasien dengan post operasi mioma uteri biasanya merasakan nyeri dengan skala sedang yaitu antara 4-6 (Utami, 2016). Rentang nyeri yang digunakan pada pengkajian ini yaitu 1-10 (Mubarak, W. I., Indrawati, L., & Susanto, 2015).

Gambar 1 Skala Intensitas Nyeri

5) T (*timing* atau waktu) merupakan data mengenai kapan nyeri dirasakan, biasanya dirasakan saat pasien menggerakkan badan dan datangnya hilang timbul dengan waktu yang cepat.

c. Riwayat persalinan sekarang

Untuk mendapatkan data persalinan yang perlu dikaji, yaitu kehamilan keberapa, tahun lahir, jenis persalinan, komplikasi persalinan, penolong dan tempat persalinan, keadaan bayi.

d. Riwayat menstruasi

Pada ibu, yang perlu dikaji adalah umur *menarche*, siklus haid, lama haid, apakah ada keluhan saat haid, hari pertama haid yang terakhir.

e. Riwayat perkawinan

Usia perkawinan, perkawinan keberapa, usia pertama kali kawin.

f. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas

Untuk mendapatkan data kehamilan, persalinan dan nifas perlu diketahui HPHT untuk menentukan tafsiran partus (TP), berapa kali periksa saat hamil, apakah sudah imunisasi TT, umur kehamilan saat persalinan, berat badan anak saat lahir, jenis kelamin anak, keadaan anak saat lahir.

g. Riwayat penggunaan alat kontrasepsi

Tanyakan apakah ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi, alat kontrasepsi yang pernah digunakan, adakah keluhan saat menggunakan alat kontrasepsi, pengetahuan tentang alat kontrasepsi.

h. Pola kebutuhan sehari-hari

1) Bernafas, pada pasien dengan post operasi mioma uteri tidak terjadi kesulitan dalam menarik nafas maupun saat menghembuskan nafas.

2) Makan dan minum, pada pasien post operasi mioma uteri tanyakan berapa kali makan sehari dan berapa banyak minum dalam sehari.

3) Eliminasi, pada pasien post operasi mioma uteri, pasien belum melakukan BAB, sedangkan BAK menggunakan dower kateter yang tertampung di urine bag.

4) Istirahat dan tidur, pada pasien post operasi mioma uteri terjadi gangguan pada pola istirahat dikarenakan adanya nyeri pasca pembedahan.

5) Gerak dan aktifitas, pada pasien post operasi mioma uteri terjadi gangguan gerak dan aktifitas karena pengaruh anastesi pasca pembedahan.

6) Kebersihan diri, pada pasien post operasi mioma uteri kebersihan diri dibantu oleh perawat dikarenakan pasien belum bisa melakukannya secara mandiri.

7) Berpakaian, pada pasien post operasi mioma uteri biasanya mengganti pakaian dibantu oleh perawat.

8) Rasa nyaman, pada pasien post operasi mioma uteri akan mengalami ketidaknyamanan yang dirasakan pasca pembedahan.

9) Konsep diri, pada pasien post operasi mioma uteri merasa senang dengan pengangkatan miomanya dan akan berusaha untuk merawat kesehatan reproduksi.

10) Sosial, pada ibu post operasi mioma uteri lebih banyak berinteraksi dengan perawat dan tingkat ketergantungan ibu terhadap orang lain akan meningkat.

11) Belajar, kaji tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan post operasi mioma uteri meliputi perawatan luka, kebersihan vulva atau cara cebok yang benar, nutrisi, KB, seksual serta hal-hal yang perlu diperhatikan pasca pembedahan.

i. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum ibu, suhu, tekanan darah, respirasi, nadi, keadaan kulit, berat badan, dan tinggi badan.

2) Pemeriksaan kepala wajah : konjungtiva dan sklera mata normal atau tidak.

3) Pemeriksaan leher : ada tidaknya pembesaran tiroid.

4) Pemeriksaan thorax : ada tidaknya ronchi atau wheezing, bunyi jantung.

5) Pemeriksaan payudara : bentuk simetris atau tidak, kebersihan, keadaan putting, ada tidaknya tanda dimpling/retraksi.

6) Pemeriksaan abdomen : terdapat luka.

7) Pemeriksaan ekstremitas atas : ada tidaknya edema, suhu akral, eksremitas

bawah: ada tidaknya edema, suhu akral, simetris atau tidak, pemeriksaan refleks.

8) Genetalia : terdapat luka pembedahan, nyeri yang dirasakan pasien, kebersihan area genetalia.

j. Data penunjang : ultrasonografi, *magnetic resonance imaging* (MRI), dan histereskopi (Manuaba, 2005). Pemeriksaan lain yaitu pemeriksaan darah lengkap meliputi pemeriksaan hemoglobin (Hb), Hematokrit (HCT) dan sel darah putih (WBC).

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Jenis-jenis diagnosis keperawatan tersebut dapat diuraikan sebagai berikut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016):

a. Diagnosis aktual

Diagnosis ini menggambarkan respons pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan pasien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada pasien.

b. Diagnosis risiko

Diagnosis ini menggambarkan respons pasien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan pasien berisiko mengalami masalah

kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada pasien, namun pasien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan.

c. Diagnosis promosi kesehatan

Diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal.

Perumusan diagnosis keperawatan disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan. Terdapat dua metode perumusan diagnosis, yaitu :

a. Penulisan tiga bagian (*Three Part*)

Metode penulisan ini terdiri atas masalah, penyebab dan tanda/gejala. Metode penulisan ini hanya dilakukan pada diagnosis aktual, dengan formulasi sebagai berikut : Masalah *berhubungan dengan* Penyebab *dibuktikan dengan* Tanda/gejala

b. Penulisan dua bagian (*Two Part*)

Metode penulisan ini dilakukan pada diagnosis risiko dan diagnosis promosi kesehatan, dengan formulasi sebagai berikut :

1) Diagnosis risiko

Masalah *dibuktikan dengan* Faktor Risiko

2) Diagnosis promosi kesehatan

Masalah *dibuktikan dengan* Tanda/gejala

Diagnosis keperawatan pada ibu post operasi mioma uteri salah satunya nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik : prosedur operasi ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis. Diagnosis keperawatan yang bisa ditegakkan dalam masalah nyeri dan

kenyamanan adalah nyeri akut. Nyeri akut termasuk dalam kategori psikologis dan subkategori nyeri dan kenyamanan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

3. Intervensi keperawatan

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) merupakan tolak ukur yang dipergunakan sebagai panduan dalam penyusunan intervensi keperawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif, dan etis. Setiap intervensi keperawatan pada standar ini terdiri atas tiga komponen yaitu label, definisi, dan tindakan dengan uraian sebagai berikut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

a. Label

Komponen ini merupakan nama dari intervensi keperawatan yang merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi terkait intervensi keperawatan tersebut.

b. Definisi

Komponen ini menjelaskan tentang makna dari tabel intervensi keperawatan.

c. Tindakan

Komponen ini merupakan rangkaian perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.

Luaran (*outcome*) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan memiliki tiga komponen utama yaitu label, ekspektasi, dan kriteria

hasil. Masing-masing komponen diuraikan sebagai berikut (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

1) Label

Komponen ini merupakan nama sari luaran keperawatan yang terdiri atas kata kunci untuk memperoleh informasi terkait luaran keperawatan. Label luaran keperawatan merupakan kondisi, perilaku, atau persepsi pasien yang dapat diubah atau diatasi dengan intervensi keperawatan. Label intervensi keperawatan terdiri atas beberapa kata (1 kata sampai dengan 4 kata) yang diawali dengan kata benda (nomina) yang berfungsi sebagai deskriptor atau penjelas luaran keperawatan.

2) Ekspektasi

Ekspektasi merupakan penilaian terhadap hasil yang diharapkan tercapai. Ekspektasi menggambarkan seperti apa kondisi, perilaku, atau persepsi pasien akan berubah setelah diberikan intervensi keperawatan.

3) Kriteria hasil

Kriteria hasil merupakan karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan.

Tabel 1
Intervensi Keperawatan pada Ibu Post Operasi
Mioma Uteri dengan Nyeri Akut

Diagnosis Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status kenyamanan post operasi mioma uteri meningkat dengan kriteria hasil: a. Tingkat nyeri 1) Tidak mengeluh nyeri 2) Tidak meringis 3) Tidak bersikap protektif 4) Tidak gelisah 5) Kesulitan tidur menurun 6) Frekuensi nadi membaik b. Kontrol nyeri 1) Melaporkan nyeri terkontrol 2) Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat 3) Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat 4) Kemampuan menggunakan teknik	Manajemen Nyeri a. Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri nonverbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan nyeri 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7) Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik b. Terapeutik 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (misalnya akupresure, terapi pijat, kompres hangat/dingin 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan) 3) Fasilitasi istirahat dan tidur

1	2	3
	nonfarmakologis meningkat	c. Edukasi 1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d. Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian analgesi, *jika perlu*

(*Sumber : Tim Pokja SIKI DPP PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), 2018 & Tim Pokja SLKI DPP PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), 2018)*

4. Implementasi keperawatan

Impelementasi adalah pelaksanaan dari rencanaan intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan pada *nursing orders* untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi koping (Nursalam, 2017). Menurut Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder (2010), pada proses keperawatan, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (program keperawatan).

Perawat melaksanakan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan lalu mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respon pasien terhadap tindakan yang diberikan.

Implementasi keperawatan yang digunakan untuk pasien dengan nyeri akut adalah sebagai berikut.

a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
b. Mengidentifikasi skala nyeri
c. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
d. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.
e. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (misalnya akupresure, terapi pijat, kompres hangat/dingin).
f. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.
g. Mengkolaborasikan pemberian analgesi.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan ialah evaluasi yang dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosis keperawatan. Evaluasi keperawatan terdiri dari dua tingkat yaitu evaluasi sumatif dan evaluasi formatif. Evaluasi sumatif yaitu evaluasi respons (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain, bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diharapkan. Evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan di lakukan. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP. S (*Subjective*) yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien, O (*Objective*) yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga, A (*Analisys*) yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P (*Planning*) yaitu rencana tindakan

yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Dinarti, Aryani, Nurhaeni, Chairani, & Tutiany, 2013).

Tabel 2
Evaluasi Keperawatan Pada Pasien Post Operasi
Mioma Uteri dengan Nyeri Akut

No.	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi
1	2	3
		S (Subjektif) Data yang diperoleh dari respon pasien secara verbal a. Pasien mengetahui penyebab dan tanda nyeri b. Pasien mengatakan nyeri berkurang c. Pasien mengetahui skala, intensitas dan frekuensi nyeri O (Objektif) Data yang di peroleh dari respon pasien secara nonverbal atau melalui pengamatan perawat a. Pasien mampu mengontrol nyeri A (Anlisis) Tindak lanjut dan penentuan apakah implementasi akan dilanjutkan atau sudah terlaksana dengan baik. a. Tujuan tercapai apabila respon pasien sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil b. Tujuan belum tercapai apabila respon tidak sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan. P (Planning) a. Pertahankan kondisi pasien apabila tujuan tercapai b. Lanjutkan intervensi apabila terdapat tujuan yang belum mampu dicapai oleh pasien

(*Sumber: R.Dinarti et al, Dokumentasi Keperawatan, 2013*)