# BAB II
# TINJAUAN PUSTAKA

## A. Konsep Dasar *Benigna Prostat Hyperplasia* (BPH) Pasca TURP

### 1. Definisi BPH

*Benigna Prostat Hyperplasia* (BPH) adalah suatu keadaan di mana kelenjar prostat mengalami pembesaran, memanjang ke atas ke dalam kandung kemih dan menyumbat aliran urine dengan menutup orifisium uretra (Smeltzer, 2009). *Benign Prostat Hyperplasia* adalah pembesaran kelenjar dan jaringan seluler kelenjar prostat yang berhubungan dengan perubahan endokrin berkenaan dengan proses penuaan. Prostat adalah kelenjar yang berlepis kapsula dengan berat kira-kira 20 gram, berada di sekeliling uretra dan di bawah leher kandung kemih pada pria (Suharyanto & Madjid, 2013). *Benign Prostat Hyperplasia* merupakan pembesaran ukuran sel dan diikuti oleh penambahan jumlah sel. BPH merupakan suatu kondisi patologis yang paling umum diderita oleh laki-laki dengan usia rata-rata 50 tahun (Prabowo & Pranata, 2014)

Berdasarkan pendapat di atas dapat disimpulkan *Benign Prostat Hyperplasia* adalah kelenjar prostat mengalami pemanjangan keatas menuju bagian dalam kandung kemih dan menyumbat aliran urin dengan menutupi orifisium uretra yang berhubungan dengan perubahan endokrin, dan merupakan suatu kondisi patologis yang paling umum diderita oleh laki-laki berkenaan dengan proses penuaan.

### 2. Tanda dan Gejala BPH

Obstruksi prostat dapat menimbulkan keluhan pada saluran kemih maupun keluhan di luar saluran kemih. Menurut (Purnomo, 2011) tanda dan gejala dari

BPH yaitu: keluhan pada saluran kemih bagian bawah, gejala pada saluran kemih bagian atas, dan gejala di luar saluran kemih.

a. Keluhan pada saluran kemih bagian bawah

1) Gejala obstruksi meliputi : Retensi urin (urin tertahan di kandung kemih sehingga urin tidak bisa keluar), hesitansi (sulit memulai miksi), pancaran miksi lemah, Intermiten (kencing terputus-putus), dan miksi tidak puas (menetes setelah miksi)

2) Gejala iritasi meliputi : Frekuensi, nokturia, urgensi (perasaan ingin miksi yang sangat mendesak) dan disuria (nyeri pada saat miksi)

b. Gejala pada saluran kemih bagian atas

Keluhan akibat hiperplasi prostat pada saluran kemih bagian atas berupa adanya gejala obstruksi, seperti nyeri pinggang, benjolan dipinggang (merupakan tanda dari hidronefrosis), atau demam yang merupakan tanda infeksi atau urosepsis.

c. Gejala diluar saluran kemih

Adanya keluhan penyakit hernia inguinalis atau hemoroid. Timbulnya penyakit ini dikarenakan sering mengejan pada saat miksi sehingga mengakibatkan tekanan intra abdominal. Adapun gejala dan tanda lain yang tampak pada pasien BPH, pada pemeriksaan prostat didapati membesar, kemerahan, dan tidak nyeri tekan, keletihan, anoreksia, mual, dan muntah, rasa tidak nyaman pada epigastrik, dan gagal ginjal dapat terjadi dengan retensi kronis dan volume residual yang besar.

**3. Pemeriksaan penunjang**

Menurut (Haryono, 2012) pemeriksaan penunjang BPH meliputi :

a. Pemeriksaan colok dubur

Pemeriksaan colok dubur dapat memberikan kesan keadaan tonus sfingter anus mukosa rectum kelainan lain seperti benjolan dalam rectum dan prostat.

b. Ultrasonografi (USG)

Digunakan untuk memeriksa konsistensi volume dan besar prostat juga keadaan buli-buli termasuk residual urine.

c. Urinalisis dan kultur urine

Pemeriksaan ini untuk menganalisa ada tidaknya infeksi dan RBC (*Red Blood Cell*) dalam urine yang memanifestasikan adanya pendarahan atau hematuria (Prabowo & Pranata, 2014).

d. Ureum, Elektrolit, dan serum kreatinin

Pemeriksaan ini untuk menentukan status fungsi ginjal. Hal ini sebagai data pendukung untuk mengetahui penyakit komplikasi dari BPH.

e. PA (Patologi Anatomi)

Pemeriksaan ini dilakukan dengan sampel jaringan pasca operasi. Sampel jaringan akan dilakukan pemeriksaan mikroskopis untukmengetahui apakah hanya bersifat benigna atau maligna sehingga akan menjadi landasan untuk treatment selanjutnya.

**4. Penatalaksanaan**

Menurut (Haryono, 2012) penatalaksanaan *Benign Prostat Hyperplasia* (BPH) meliputi :

a. Terapi medikamentosa

1) Penghambat adrenergik, misalnya: prazosin, doxazosin, dan afluzosin
2) Penghambat enzim, misalnya finasteride

3) Fitoterapi, misalnya eviprostat

b. Terapi bedah

Waktu penanganan untuk tiap pasien bervariasi tergantung beratnya gejala dan komplikasi, adapun macam-macam tindakan bedah meliputi:

1) Prostatektomi

a) Prostatektomi suprapubis, adalah salah satu metode mengangkat kelenjar melalui insisi abdomen yaitu suatu insisi yang dibuat ke dalam kandung kemih dan kelenjar prostat diangkat dari atas.

b) Prostaktektomi perineal, adalah mengangkat kelenjar melalui suatu insisi dalam perineum.

c) Prostatektomi retropubik, adalah suatu teknik yang lebih umum dibanding tindakan suprapubik di mana insisi abdomen lebih rendah mendekati kelenjar prostat yaitu antara arkuspubis dan kandung kemih tanpa memasuki kandung kemih.

2) *Insisi Prostat Transurethral* (TUIP)

Yaitu suatu prosedur menangani BPH dengan cara memasukkan instrumen melalui uretra. Cara ini diindikasikan ketika kelenjar prostat berukuran kecil (30 g / kurang) dan efektif dalam mengobati banyak kasus dalam BPH.

3) *Transuretral Reseksi Prostat* (TURP)

Adalah operasi pengangkatan jaringan prostat lewat uretra menggunakan resektroskop di mana resektroskop merupakan endoskopi dengan tabung 10-3-F untuk pembedahan uretra yang dilengkapi dengan alat pemotong dan counter yang disambungkan dengan arus listrik (Haryono, 2012). *Transurethral Resection of the Prostate* (TURP) merupakan operasi tertutup

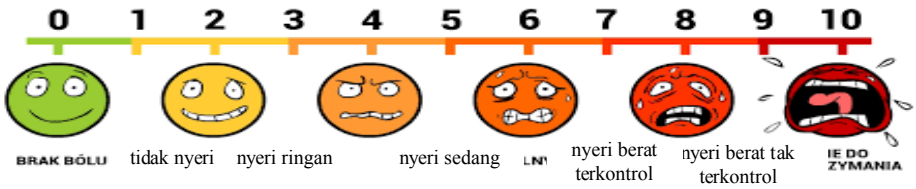
tanpa insisi, serta tidak mempunyai efek merugikan terhadap potensi kesembuhan, dilakukan pada prostat yang mengalami pembesaran antara 30-60 gram, kemudian dilakukan reseksi. Cairan irigasi digunakan secara terus menerus dengan cairan isotonis selama prosedur. Setelah dilakukan reseksi,. dipasang kateter foley tiga saluran nomer 24 yang dilengkapi balon 30 ml, untuk memperlancar pembuangan gumpalan darah dari kandung kemih. Irigasi kandung kemih yang konstan dilakukan setelah 24 jam bila tidak keluar bekuan darah lagi. Kemudian kateter dibilas tiap 4 jam sampai cairan jernih. Kateter setelah 3-5 hari setelah operasi dan pasien sudah berkemih dengan lancer. Penyembuhan terjadi dengan granula dan reepitelisasi uretra pars prostatika (Nuari & Widayati, 2017)

## B. Konsep Nyeri Akut Pada Pasien BPH Pasca TURP

### 1. Pengertian

Asosiasi Internasional untuk penelitian nyeri *(Internatonal Association for the Study of Pain,* IASP) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian di mana terjadi kerusakan (Muhammad & Sudarti, 2012). Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi ringan sampai berat dan berlangsung dalam waktu beberapa detik hingga enam bulan (Andarmoyo, 2013). Nyeri akut adalah 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 tiga bulan (SDKI,

2017). Intensitas nyeri diukur dengan *Visual Analog Scale* (VAS), merupakan Skala berupa suatu garis lurus yang panjangnya biasaya 10 cm (atau 100 mm), dengan penggambaran verbal pada masing-masing ujungnya, seperti angka 0 (tanpa nyeri) sampai angka 10 (nyeri terberat). Nilai VAS 0 : tidak nyeri, 1-3 : nyeri ringan, 4-6 : nyeri sedang, 7-9 : nyeri berat terkontrol, 10 : nyeri berat tidak terkontrol (Potter & Perry, 2010).




(Potter & Perry, 2010)

**Gambar 1** Skala *Visual Analog Scale* (VAS)

**2. Data mayor dan minor nyeri akut**

Menurut (SDKI, 2017), data mayor dan data minor pada nyeri akut antara lain:

a. Gejala dan tanda mayor

1) Subjektif: Mengeluh nyeri

2) Objektif :

a) Tampak meringis

b) Bersifat protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)

c) Gelisah

d) Frekuensi nadi meningkat

e) Sulit tidur

b. Gejala dan Tanda Minor

1) Subjektif: Tidak ditemukan data subjektif

2) Objektif **:**

a) Tekanan darah meningkat

b) Pola napas berubah

c) Nafsu makan berubah

d) Proses berpikir terganggu

e) Menarik diri

f) Berfokus pada diri sendiri

g) Diaforesis (berkeringat)

**3. Penyebab nyeri Akut**

Penyebab nyeri akut salah satunya adalah agen pencedera fisik (prosedur operasi) (SDKI, 2017). Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan individual (Potter & Perry, 2010). Nyeri juga merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial (Smeltzer, 2009).

Nyeri akut sebagian terbesar, diakibatkan oleh penyakit, radang, atau injuri. Nyeri ini awalnya datang tiba-tiba dan biasanya sejalan dengan terjadinya penyembuhan. Apabila nyeri akut tidak di atasi secara adekuat mempunyai efek nyeri yang dapat membahayakan di luar ketidaknyamanan yang disebabkannya seperti mempengaruhi sistem pulmonary, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin dan imunologik (Ardiansyah, 2012).

**4. Penatalaksanaan nyeri pasca bedah**

a. Farmakologis

1) Analgesik : yang diberikan pada pasien pasca bedah TUR-Prostat pada umumnya menggunakan golongan non opioid (Andarmoyo, 2013). Golongan non opioid yang sering diberikan adalah acetaminophen atau *Non Steroidal Anti-Inflamantory Drugs* (NSAIDs) dan digunakan untuk menghilangkan nyeri ringan atau sedang.
2) Terapi simptomatis : pemberian golongan reseptor alfa-adrenergik inhibitor mampu merelaksasikan otot polos prostat dan saluran kemih akan lebih terbuka. Obat golongan 5-alfa-reduktase inhibitor mampu menurunkan kadar dehidrotestosteron intraprostat, sehingga dengan turunnya kadar testosterone dalam plasma maka prostat akan mengecil (Prabowo & Pranata, 2014)

b. Nonfarmakologis :

Banyak intervensi keperawatan nonfarmakologis yang dapat dilakukan dengan mengombinasikan pemberian analgesik dengan terapi nonfarmakologis salah satu di antaranya mobilisasi dini.

## C. Konsep Mobilisasi Dini Pada Pasien BPH Pasca TURP

### 1. Pengertian

Mobilisasi dini merupakan aktivitas yang dilakukan pasien pasca pembedahan dimulai dari latihan ringan di atas tempat tidur (latihan pernapasan, latihan batuk efektif, dan menggerakkan tungkai) sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi, dan berjalan keluar kamar (Ibrahim, 2013).

### 2. Tujuan mobilisasi dini

Tujuan mobilisasi dini adalah menurunkan kejadian komplikasi

thrombosis vena, emboli paru, pneumonia, dan retensi urin serta meningkatkan kepuasan pasien, dan mengurangi long of stay (LOS) lama hari rawat pasien (Samuels & Kritter, 2011)

**3. Tahapan Mobilisasi Dini**

Tahap-tahap mobilisasi dini pasca pembedahan menurut Clark *et al*, (2013), meliputi :

1) Level 1 : Pada 6-24 jam pertama pasca pembedahan, pasien diajarkan teknik napas dalam dan batuk efektif, diajarkan latihan gerak (ROM) dilanjut dengan perubahan posisi ditempat tidur yaitu miring kiri dan miring kanan, kemudian meninggikan posisi kepala mulai dari $15^0$ , $30^0$ , $45^0$ , $60^0$ , dan $90^0$.
2) Level 2 : Pada 24 jam kedua pasca pembedahan, pasien diajarkan duduk tanpa sandaran dengan mengobservasi rasa pusing dan dilanjutkan duduk ditepi tempat tidur.
3) Level 3 : Pada 24 jam ketiga pasca pembedahan, pasien dianjurkan untuk berdiri disamping tempat tidur dan ajarkan untuk berjalan disamping tempat tidur.
4) Level 4 : Tahap terakhir pasien dapat berjalan secara mandiri.

Hal ini didukung oleh Penelitan (Sumberjaya & Mertha, 2020), tentang Mobilisasi Dini dan Penurunan Skala Nyeri pada Pasien Post Operasi TURP *Benigna Prostat Hyperplasia* . Skala nyeri sebelum mobilisasi dini, 2 responden (16,7%) dengan skala nyeri 6 dan 3 responden (25%) dengan skala nyeri 3. Setelah mobilisasi dini, 1 responden (8,3%) dengan skala nyeri 5 dan 3 responden (25%) dengan skala nyeri 2. Hasil uji wilcoxon didapatkan p-value = 0,0001 < 0,05, ini berarti bahwa pemberian tindakan mobilisasi dini berpengaruh signifikan

terhadap penurunan skala nyeri pada pasien pasca operasi TURP BPH di Ruang Bima RSUD Sanjiwani Gianyar. Penelitian (Wulandari et al., 2018) didapatkan hasil intensitas nyeri pasca operasi TURP pada pasien BPH sebelum dilakukan mobilisasi dini sebagian besar pada skala 5 (nyeri sedang) (40%) setelah dilakukan mobilisasi dini sebagian besar pada skala 1 (nyeri ringan) (53,3%). Penelitian yang dilakukan (Pristahayuningtyas, 2014) didapatkan hasil nilai skala nyeri responden setelah dilakukan mobilisasi dini didapatkan hasil bahwa 100% responden mengalami penurunan nyeri dan hasil rerata penurunan skala nyeri responden sebelum dan sesudah dilakukan mobilisasi dini adalah dari rerata 7,75 yang termasuk kategori skala nyeri berat menjadi 5,62 yang termasuk kategori skala nyeri sedang.

## D. Konsep Askep Nyeri Akut pada Pasien BPH Pasca Operasi TURP

### 1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan kegiatan menganalisis informasi, yang dihasilkan dari pengkajian skrining untuk menilai suatu keadaan normal atau abnormal, kemudian nantinya akan digunakan sebagai pertimbangan dengan diagnosis keperawatan yang berfokus pada masalah atau resiko. Pengkajian harus dilakukan dengan dua tahap yaitu pengumpulan data (informasi subjektif maupun objektif) dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medis (Herdman, H. T., & Kamitsuru, 2017). Pengkajian melibatkan beberapa langkah-langkah di antaranya yaitu pengkajian skrining. Dalam pengkajian skrining hal yang pertama dilakukan adalah pengumpulan data. Pengumpulan data merupakan pengumpulan informasi tentang pasien yang di lakukan secara sistemastis. Metode yang digunakan dalam pengumpulan data yaitu wawancara (anamnesa), pengamatan (observasi), dan

pemeriksaan fisik (*pshysical assessment*). Langkah selanjutnya setelah pengumpulan data yaitu lakukan analisis data dan pengelompokan informasi.

Selain itu, terdapat 14 jenis subkategori data yang harus dikaji yakni respirasi, sirkulasi, nutrisi atau cairan, eliminasi, aktivitas atau latihan, neurosensori, reproduksi atau seksualitas, nyeri atau kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan atau perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan atau pembelajaran, interaksi sosial, dan keamanan atau proyeksi (SDKI, 2017).

Dalam hal ini, masalah yang diambil termasuk ke dalam kategori psikologis dan subkategori nyeri dan kenyamanan. Pengkajian pada masalah nyeri akut meliputi:

a. Identitas

Identitas pasien yang harus dikaji meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, suku, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, golongan darah, nomor rekam medik, tanggal MRS, dan diagnosis medis.

b. Keluhan utama:

Subjektif: mengeluh nyeri

Menurut (Andarmoyo, 2013) karakteristik nyeri dikaji dengan istilah PQRST sebagai berikut:

1) P (provokatif atau paliatif) merupakan data dari penyebab atau sumber nyeri pertanyaan yang ditujukan pada pasien berupa:

a) Apa yang menyebabkan gejala nyeri?

b) Apa saja yang mampu mengurangi ataupun memperberat nyeri?

c) Apa yang anda lakukan ketika nyeri pertama kali dirasakan?

2) Q (kualitas atau kuantitas) merupakan data yang menyebutkan seperti apa

nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa:

a) Dari segi kualitas, bagaimana gejala nyeri yang dirasakan?
b) Dari segi kuantitas, sejauh mana nyeri yang dirasakan pasien sekarang dengan nyeri yang dirasakan sebelumnya. Apakah nyeri hingga mengganggu aktifitas?

3) R (regional atau area yang terpapar nyeri atau radiasi) merupakan data mengenai di mana lokasi nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa:

a) Di mana gejala nyeri terasa?
b) Apakah nyeri dirasakan menyebar atau merambat?

4) S (skala) merupakan data mengenai seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien, pertanyaan yang ditujukan pada pasien dapat berupa: seberapa parah nyeri yang dirasakan pasien jika diberi rentang angka 1-10?

5) T (timing atau waktu) merupakan data mengenai kapan nyeri dirasakan, pertanyaan yang ditujukan kepada pasien dapat berupa:

a) Kapan gejala nyeri mulai dirasakan?
b) Seberapa sering nyeri terasa, apakah tiba-tiba atau bertahap?
c) Berapa lama nyeri berlangsung?
d) Apakah terjadi kekambuhan atau nyeri secara bertahap?

c. Data riwayat penyakit sekarang: pasien BPH pasca operasi TURP diawali agen pencedera fisik (prosedur operasi).
d. Data riwayat penyakit keluarga: riwayat keluarga dihubungkan dengan adanya penyakit keturunan yang di derita.

e. Data riwayat psikososial : Bagaimana hubungan pasien dengan anggota keluarga yang lain dan lingkungan sekitar sebelum maupun saat sakit, apakah pasien mengalami kecemasan, rasa sakit, karena penyakit yang dideritanya, dan bagaimana pasienmenggunakan koping mekanisme untuk menyelesaikan masalah yang dihadapinya.

**2. Diagnosis keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah 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 pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017).

Menurut (SDKI, 2017) Nyeri akut adalah 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 tiga bulan.

Terdapat tiga penyebab utama nyeri akut menurut (Tim Pokja, 2016) yaitu:

a) Agen pencedera fisiologis yaitu seperti inflamasi, iskemia, neoplasma
b) Agen pencedera kimiawi yaitu seperti, terbakar, bahan kimia iritan
c) Agen pencedera fisik yaitu seperti, abses, amputasi, terbakar, terrpotong, mengankat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan.

Gejala dan tanda Nyeri menurut (SDKI, 2017) adalah sebagai berikut:

a. Mayor

1) Subjektif : Mengeluh nyeri
2) Objektif :

a) Tampak meringis

b) Protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)

c) Gelisah

d) Frekuensi nadi meningkat

e) Sulit tidur

b. Minor

1) Subjektif : Tidak ditemukan data subjektif

2) Objektif :

a) Tekanan darah meningkat

b) Pola napas berubah

c) Nafsu makan berubah

d) Proses berpikir terganggu

e) Menarik diri

f) Berfokus pada diri sendiri

g) Diaforesis

Rumusan diagnosis keperawatan adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, dan tekanan darah meningkat.

**3. Perencanaan keperawatan**

Perencanaan merupakan langkah perawat dalam menetapkan tujuan dan kriteria/hasil yang diharapkan bagi pasien dan merencanakan intervensi keperawatan. Dari pernyataan tersebut diketahui bahwa dalam membuat

perencanaan perlu mempertimbangkan tujuan, kriteria yang diperkirakan/ diharapkan, dan intervensi keperawatan (Andarmoyo, 2013). Intervensi keperawatan merupakan segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja SLKI PPNI, 2018).

Luaran (*Outcome*) Keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri dari indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah. Terdapat dua jenis luaran keperawatan yaitu luaran positif (perlu ditingkatkan) dan luaran negatif (perlu diturunkan) (Tim Pokja SLKI PPNI, 2018).

Adapun komponen luaran keperawatan di antaranya label (nama luaran keperawatan berupa kata-kata kunci informasi luaran), ekspektasi (penilaian terhadap hasil yang diharapkan, meningkat, menurun, atau membaik), kriteria hasil (karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur, dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi, menggunakan skor 1-3 pada pendokumentasian *computer-based*). Ekspektasi luaran keperawatan terdiri dari ekspektasi meningkat yang artinya bertambah baik dalam ukuran, jumlah, maupun derajat atau tingkatan, menurun artinya berkurang baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat atau tingkatan, membaik artinya menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat, atau efektif. Pemilihan luaran keperawatan tetap harus didasarkan pada penilaian klinis dengan mempertimbangkan kondisi pasien, keluarga,

kelompok, atau komunitas (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan memiliki tiga komponen yaitu label, definisi, dan tindakan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Label merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi mengenai intervensi keperawatan. Label terdiri atas satu atau beberapa kata yang diawali dengan kata benda (nomina) yang berfungsi sebagai deskriptor atau penjelas dari intervensi keperawatan. Terdapat 18 deskriptor pada label intervensi keperawatan yaitu dukungan, edukasi, kolaborasi, konseling, konsultasi, latihan, manajemen, pemantauan, pemberian, pemeriksaan, pencegahan, pengontrolan, perawatan, promosi, rujukan, resusitasi, skrining, dan terapi. Definisi merupakan komponen yang menjelaskan tentang makna dari tabel intervensi keperawatan. Tindakan adalah rangkaian perilaku atau aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi, dan tindakan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Sebelum menentukan perencanaan keperawatan, perawat terlebih dahulu menetapkan tujuan. Dalam hal ini tujuan yang diharapkan pada pasien dengan nyeri akut yaitu: Tidak mengeluh nyeri, tidak meringis, tidak bersikap protektif, tidak gelisah, tidak mengalami kesulitan tidur, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, melaporkan nyeri terkontrol, kemampuan mengenali onset nyeri meningkat, kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat, dan kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologis. Setelah menetapkan tujuan dilanjutkan dengan perencanaan keperawatan. Rencana keperawatan pada pasien dengan nyeri akut antara lain: pemberian analgesik dan manajemen nyeri.

**Tabel 1**
**Perencanaan Keperawatan pada Diagnosis Keperawatan dengan Nyeri Akut**

| NO | Diagnosis Keperawatan | Tujuan SLKI | Intervensi SIKI |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Nyeri akut berhubungan dengan agen pendera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan gejala<br>Mayor<br>1.Subjektif :<br>Mengeluh nyeri<br>2. Objektif :<br>a. Tampak meringis<br>b. Protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)<br>c. Gelisah<br>d. Frekuensi nadi meningkat<br>e. Sulit tidur<br>Minor<br>1.Subjektif : Tidak ditemukan data subjektif<br>2. Objektif :<br>a. Tekanan darah meningkat<br>b. Pola napas berubah<br>c. Nafsu makan berubah<br>d. Proses berpikir<br>e. terganggu<br>f. Menarik diri<br>g. Berfokus pada diri sendiri<br>Diaforesis | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 kali 24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dan kontrol nyeri meningkat dengan kriteria hasil:<br>**1. Tingkat Nyeri**<br>a. Keluhan nyeri menurun (5)<br>b. Meringis menurun (5)<br>c. Gelisah menurun (5)<br>d. Frekuensi nadi membaik (5)<br>e. Pola napas membaik (5)<br>**2. Kontrol Nyeri**<br>1. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat (5)<br>2. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat (5)<br>3. Kemampuan mengenali meningkat (5)<br>4. Kemampuan menggunakan teknik<br>5. non-farmakologis meningkat (5)<br>6. Keluhan nyeri menurun(5)<br>7. Penggunaan analgesic menurun (5) | **Intervensi Utama**<br>**1. Manajemen Nyeri**<br>*a. Observasi*<br>1) Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)<br>2) Identifikasi skala nyeri<br>3) Identifikasi respons nyeri non verbal<br>4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri<br>5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri<br>6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri<br>7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup<br>8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan<br>9) Monitor efek samping penggunaan analgetik<br>*b. Terapeutik*<br>Berikan teknik nonfarmakologis, mobilisasi dini untuk mengurangi rasa nyeri<br>1) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br>2) Fasilitasi istirahat dan tidur<br>3) Pertimbangan jenis dan |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
| | | | sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri<br>*c. Edukasi*<br>1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri<br>2) Jelaskan strategi meredakan nyeri<br>3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri<br>4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat<br>5) Ajarkan teknik nonfarmakologis, mobilisasi dini untuk mengurangi rasa nyeri<br>*Kolaborasi*<br>1)Kolaborasi pemberian analgetik<br>**2. Pemberian analgesik**<br>*a. Observasi*<br>1) Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)<br>2) Identifikasi riwayat alergi obat<br>Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri<br>3) Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik<br>4) Monitor efektifitas analgesik<br>*b. Terapeutik*<br>5) Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
| | | | 1) mencapai analgesia optimal<br>2) Pertimbangkan pengguanaan infus kontinu, atau bolus oploid untuk mempertahankan kadar dalam serum<br>3) Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien<br>4) Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan<br>*c. Edukasi*<br>1) Jelaskan efek terapi dan efek samping obat<br>*d. Kolaborasi*<br>1) Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi |

*Sumber: Tim Pokja SIKI DPP PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan 2018*

**4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase di mana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Tahap ini akan muncul bila perencanaan diaplikasikan pada pasien. Tindakan yang dilakukan mungkin sama, mungkin juga berbeda denga urutan yang dibuat pada perencaan sesuai dengan kondisi pasien (Debora, 2017). Implementasi keperawatan akan sukses sesuai dengan rencana jika perawat mempunyai kemampuan kognitif, kemampuan hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakuka tindakan

yang berpusat pada kebutuhan pasien (Dermawan, 2012).

**5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP yaitu S (Subjektif) di mana perawat menemui keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan, O (Objektif) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada pasien dan yang dirasakan pasien setelah tindakan keperawatan, A (*Assesment*) yaitu interpretasi makna data subjektif dan objektif untuk menilai sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan tercapai. Dapat dikatakan tujuan tercapai apabila pasien mampu menunjukkan perilaku sesuai kondisi yang ditetapkan pada tujuan, sebagian tercapai apabila perilaku pasien tidak seluruhnya tercapai sesuai dengan tujuan, sedangkan tidak tercapai apabila pasien tidak mampu menunjukkan perilaku yang diharapkan sesuai dengan tujuan, dan yang terakhir adalah planning (P) merupakan rencana tindakan berdasarkan analisis. Jika tujuan telah dicapai, maka perawat akan menghentikan rencana dan apabila belum tercapai, perawat akan melakukan modifikasi rencana untuk melanjutkan rencana keperawatan pasien. Evaluasi ini disebut juga evaluasi proses (Dinarti, 2013). Evaluasi keperawatan terhadap pasien yang mengalami nyeri akut yang diharapkan adalah:

a. Mengeluh nyeri menurun
b. Meringis menurun
c. Bersikap protektif menurun
d. Gelisah menurun
e. Kesulitan tidur menurun

f. Frekuensi nadi membaik

g. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat

h. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat

i. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat