

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Definisi Benign Prostatic Hyperplasia (BPH)

Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) adalah pertumbuhan nodul – nodul fibriadenomatososa majemuk dalam prostate, pertumbuhan tersebut dimulai dari bagian periuretral sebagai proliferasi yang terbatas dan tumbuh dengan menekan kelenjar normal yang tersisa (Wijaya and Putri, 2013). *Benign Prostate Hyperplasia* (BPH) adalah pembesaran jinak kelenjar prostat, disebabkan oleh karena hiperplasi beberapa atau semua komponen prostat meliputi jaringan kelenjar atau jaringan fibromuskuler yang menyebabkan penyumbatan uretra prostatika (Padila, 2012). BPH atau benign prostatic hyperplasia sebenarnya merupakan istilah histopatologis yaitu terdapat hiperplasia sel-sel stroma dan sel-sel epitel kelenjar prostat. (Amadea dan Langitan, 2018)

Jadi, dapat disimpulkan bahwa *Benigna Prostat Hiperplasia* (BPH) adalah pembesaran jinak kelenjar prostat yang dapat menyumbat saluran uretra yang biasanya terjadi pada laki-laki dengan usia rata-rata 50 tahun yang disebabkan oleh hiperplasi beberapa atau semua komponen prostat meliputi jaringan kelenjar atau jaringan fibromuskuler yang menyebabkan penyumbatan uretra prostatika.

2. Tanda dan Gejala

Gejala klinis yang ditimbulkan oleh *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) disebut dengan Syndroma Protatisme. Syndroma Protatisme dibagi menjadi dua yaitu:

a. Gejala obstruktif

- 1) Hesitansi, yaitu memulai kencing yang lama dan sering kali disertai dengan mengejan yang disebabkan oleh karena otot destrussor buli – buli memerlukan waktu beberapa lama meningkatkan tekanan intravesikal guna mengatasi adanya tekanan dalam uretra prostatika.
- 2) *Intermittency*, yaitu terputus-putusnya aliran kencing yang disebabkan oleh ketidakmampuan otot destrussor dalam mempertahankan tekanan intra vesika sampai berakhirnya miksi.
- 3) Terminal dribbling, yaitu menetesnya urin pada akhir kencing.
- 4) Pancaran lemah, yaitu kelemahan kekuatan dan kaliber pancaran destrussor memerlukan waktu untuk dapat melampaui tekanan di uretra.
- 5) Rasa tidak puas setelah berakhirnya buang air kecil dan terasa belum puas.

b. Gejala iritasi

- 1) Urgensi, yaitu perasaan ingin buang air kecil yang sulit di tahan.
- 2) Frekuensi, yaitu penderita miksi lebih sering miksi dari biasanya dapat terjadi pada malam dan siang hari.
- 3) Disuria, yaitu nyeri pada waktu kencing. (Padila, 2012)

3. Etiologi Benign Prostatic Hyperplasia (BPH)

Secara pasti penyebab prostat hiplasi belum diketahui. Tetapi ada beberapa hipotesis menyebutkan bahwa hiperplasia prostate erat kaitannya dengan peningkatan kadar dihidrotestoteron (DHT) dan proses menjadi tua (aging). Beberapa hipotesis yang diduga sebagai penyebab timbulnya hyperplasia prostate adalah :

a. Teori DHT

Pembesaran prostat diaktifkan oleh testoteron dan DHT. Testoteron dikonversi menjadi dihydrotestosteron oleh enzim 5-alpha reduktase yang dihasilkan oleh prostat. DHT jauh lebih efektif dibandingkan dengan testoteron dalam menstimulus dalam pertumbuhan proliferasi prostat.

b. Faktor usia

Peningkatan usia akan membuat ketidakseimbangan rasio antara estrogen dan testoteron. Dan meningkatnya kadar estrogen diduga berkaitan dengan terjadinya hiperplasia stroma, sehingga timbul dugaan bahwa testoteron diperlukan untuk inisiasi terjadinya proliferasi sel tetapi kemudian estrogenlah yang berperan untuk perkembangan stroma.

c. Faktor growth

Setelah sel – sel stroma mensintesis suatu growth faktor yang selanjutnya mempengaruhi sel – sel stroma itu sendiri secara intrakrin dan autokrin, serta mempengaruhi sel – sel epitel parakrin. Stimulasi itu menyebabkan terjadinya proliferasi sel – sel epitel maupun sel stroma.

d. Meningkatnya masa hidup sel – sel prostate

Program kematian sel (apoptosis) pada sel prostate adalah mekanisme fisiologik untuk mempertahankan homeostasis kelenjar prostate. Pada apoptosis terjadi kondensasi dan fragmentasi sel yang selanjutnya sel – sel yang mengalami apoptosis akan difagositosis oleh sel – sel disekitarnya kemudian didegradasi oleh enzim lisosom.

Pada jaringan normal terdapat keseimbangan antara laju proliferasi sel dengan kematian sel. Pada saat terjadi pertumbuhan prostate pada prostate dewasa, penambahan jumlah sel – sel prostate baru dengan yang mati dengan keadaan

seimbang. Berkurangnya jumlah sel – sel secara keseluruhan menjadi meningkat sehingga menyebabkan penambahan masa prostate.

Sampai sekarang belum dapat diterangkan secara pasti faktor – faktor yang menghambat proses apoptosis. Diduga hormon androgen berperan menghambat proses kematian karena setelah dilakukan kastrasi, terjadi peningkatan aktivitas kematian sel kelenjar prostate. Estrogen diduga mampu memperpanjang usia sel – sel prostate, sedangkan faktor pertumbuhan TGFB berperan dalam proses apoptosis.(Wijaya and Putri, 2013)

4. Derajat Benign Prostatic Hyperplasia (BPH)

Menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari (2012), *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) terbagi dalam 4 derajat sesuai dengan gangguan klinisnya :

- a. Derajat I, ditemukan penonjolan prostat 1-2 cm, sisa urin kurang dari 50 cc, pancaran lemah, nokturia, berat \pm 20 gram.
- b. Derajat II, keluhan miksi terasa panas, disuria, nokturia bertambah berat, suhu badan tinggi (menggigil), nyeri daerah pinggang, prostat lebih menonjol, batas atas masih teraba, sisa urin 50-100 cc dan beratnya \pm 20-40 gram.
- c. Derajat III, gangguan lebih berat dari derajat dua, batas sudah tidak teraba, sisa urin lebih 100 cc, penonjolan prostat 3-4 cm dan beratnya 40 gram.
- d. Derajat IV, inkontinensia, prostat lebih dari 4 cm, beberapa penyulit ke ginjal seperti gagal ginjal, hidronefrosis.

5. Patofisiologi

Pada tahap awal terjadinya pembesaran prostat sehingga terjadi perubahan fisiologis yang mengakibatkan retensi uretra daerah prostat, leher vesika kemudian detrusor mengatasi dengan kontraksi lebih kuat. Sebagai akibatnya serat detrusor akan menjadi lebih tebal dan penonjolan serat detrusor kedalam mukosa buli – buli akan terlihat seperti balok – balok yang tumpai (trabekulasi). Jika dilihat dari dalam vesika dengan sitoskopi, mukosa vesika dapat menerobos keluar diantara serat detrusor sehingga terbentuk tonjolan mukosa yang apabila kecil dinamakan sakula apabila besar disebut diverkel. Fase penebalan detrusor adalah fase kompensasi dan tidak mampu lagi untuk kontraksi, sehingga terjadi retensi urin total yang berlanjut pada hidronefrosis dan disfungsi saluran kemih atas. Retensi urine ini diberikan obat-obatan non invasif tetapi obat-obatan ini membutuhkan waktu yang lama, maka penanganan yang paling tepat adalah tindakan pembedahan, salah satunya adalah TURP. TURP adalah suatu operasi pengangkatan jaringan prostat lewat uretra menggunakan resektroskop, dimana resektroskop merupakan endoskop dengan tabung 10-3-F untuk pembedahan uretra yang dilengkapi dengan alat pemotongan dan *counter* yang disambungkan dengan arus listrik (Wijaya dan Putri, 2013).

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Wijaya dan Putri (2013), pemeriksaan penunjang yang seharusnya dilakukan pada pasien dengan BPH, yaitu:

- a. Pemeriksaan colok dubur (Recta Touchera)

Pemeriksaan colok dubur adalah memasukan jari telunjuk yang sudah diberi pelicin kedalam lubang dubur. Pada pemeriksaan colok dubur dinilai :

- 1) Tonus sfingter ani dan refleks bulbo-kavernosus (BCR)
- 2) Mencari kemungkinan adanya masa didalam lumen rectum
- 3) Menilai keadaan prostat

b. Laboratorium

- 1) Urinalisa untuk melihat adanya infeksi, hematuria.
- 2) Ureum, creatinin, elektrolit untuk melihat gambaran fungsi ginjal

c. Pengukuran derajat berat obstruksi

- 1) Menentukan jumlah sisa urin setelah penderita miksi spontan (normal sisa urin kosong dan batas sisa urin lebih dari 100 cc).
- 2) Pancaran urin (uoflowmetri)

Syarat : jumlah urin dalam vesika 125 s/d 150 ml. angka normal rata – rata 10 s/d 12 ml/detik, obstruksi ringan 6-8 ml/detik.

d. Pemeriksaan lain

- 1) BNO/IVP untuk menentukan adanya divertikel, penebalan bladder
- 2) USG dengan Transuretral Ultrasonografi prostat (TRUS P) untuk menentukan volume prostat
- 3) Trans-abdominal USG : untuk mendeteksi bagian yang menonjol ke buli – buli yang dapat dipakai untuk meramalkan derajat berat obstruksi apabila ada batu dalam vesika.
- 4) Cystoscopy untuk melihat adanya penebalan pada dinding blader.

7. Penatalaksanaan

Menurut Padila (2012), modalitas terapi BPH adalah :

a. Observasi

Yaitu pengawasan berkala pada klien setiap 3 – 6 bulan kemudian setiap tahun tergantung keadaan klien

b. Medikamentosa

Terapi ini diindikasikan pada BPH dengan keluhan ringan, sedang, dan berat tanpadisertai penyulit. Obat yang digunakan berasal dari : phitoterapi, gelombang alfa blocker dan golongan supresor androgen.

c. Pembedahan

Pembedahan dapat dilakukan dengan :

- 1) TURP (Trans Uretral Reseksi Prostat 90 – 95 %
- 2) Retropubic atau Extravesial Prostatectomi
- 3) Perianal prostatectomi
- 4) Suprapubic atau tranvesical Prostatectomi

8. Konsep dasar hipotermi post operasi

Hipotermia merupakan keadaan suhu tubuh dibawah rentang normal ($<36,5^{\circ}\text{C}$), Tanda dan gejala dari pasien yang mengalami hipotermia adalah kulit teraba dingin, menggigil dan suhu tubuh dibawah nilai normal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Hipotermia adalah penurunan suhu tubuh yang berpotensi bahaya, biasanya disebabkan oleh paparan terhadap suhu dinginnya yang terlalu lama. Kondisi ini didefinisikan sebagai suatu kondisi dimana suhu tubuh (internal) adalah $\leq 35^{\circ}\text{C}$

sebagai akibat paparan suhu dingin atau ketidakmampuan tubuh untuk mempertahankan suhu tubuh dengan tidak adanya suhu lingkungan rendah.

Kejadian hipotermi pasca anestesi bisa terjadi karena beberapa faktor, diantaranya adalah terpapar dengan suhu lingkungan yang dingin, status fisik, umur, status gizi dan indeks massa tubuh yang rendah, jenis kelamin, dan lamanya operasi. Faktor lain yang mempengaruhi terjadinya hipotermia yaitu obat anestesi, usia, Indeks Masa Tubuh (IMT) dan lama operasi. Hipotermia yang disebabkan oleh obat anestesi terjadi karena agen dari obat anestesi menekan laju metabolisme oksidatif yang menghasilkan panas tubuh sehingga mengganggu regulasi panas tubuh. Hipotermia yang disebabkan oleh obat anestesi terjadi karena agen dari obat anestesi menekan laju metabolisme oksidatif yang menghasilkan panas tubuh sehingga mengganggu regulasi panas tubuh (Harahap, 2014)

B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan

1. Pengertian

Hipotermia adalah suatu keadaan suhu tubuh berada di bawah rentang normal tubuh (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

2. Data mayor dan minor

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) data mayor dan minor diagnosis keperawatan hipotermia adalah :

- a. Data mayor
 - 1) Objektif :
 - a) Kulit teraba dingin

- b) Menggigil
- c) Suhu tubuh dibawah nilai normal
- b. Data minor
- 1) Objektif :
 - a) Akrosianosis
 - b) Bradikardi
 - c) Dasar kuku sianotik
 - d) Hipoglikemia
 - e) Hipoksia
 - f) Pengisian kapiler >3 detik
 - g) Konsumsi oksigen meningkat
 - h) Ventilasi menurun
 - i) Piloereksi
 - j) Takikardia
 - k) Vasokonstriksi perifer
 - l) Kutis memorata (pada neonatus)

3. Faktor penyebab

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) data mayor dan minor diagnosis keperawatan hipotermi adalah

- a) Kerusakan hipotalamus
- b) Konsumsi alkohol
- c) Berat badan ekstrem

- d) Kekurangan lemak subkutan
- e) Terpapar suhu lingkungan rendah
- f) Malnutrisi
- g) Pemakaian pakaian tipis
- h) Penurunan laju metabolisme
- i) Tidak beraktivitas
- j) Transfer panas (mis. Konduksi, konveksi, evaporasi, radiasi)
- k) Trauma
- l) Proses penuaan
- m) Efek agen farmakologis
- n) Kurang terpapar informasi terhadap pencegahan hipotermia

4. Penatalaksanaan

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (PPNI, 2018)

tindakan yang dilakukan dalam menangani masalah hipotermia yaitu:

- a. Manajemen Hipotermia
 - 1) Observasi:
 - a) Monitor suhu tubuh
 - b) Identifikasi penyebab hipotermia (mis. Terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan).
 - c) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (mis. *Hipotermia ringan*, takipnea, disatria, menggigil, hipertensi, diuresis; *Hipotermia sedang*: aritmia, hipotensi, apatis, koagulopati, reflex menurun; *hipotermia berat*: oliguria, reflex menghilang,

edema paru, asam-basa abnormal)

2) Terapeutik:

- a) Sediakan lingkungan yang hangat (mis. Atur suhu ruangan)
- b) Ganti pakaian dan/linen yang basah
- c) Lakukan penghangatan pasif (mis. Selimut menutup kepala, pakaian tebal)
- d) Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis selimut hangat)
- e) Lakukan penghangatan aktif internal (mis. Infus cairan hangat)

3) Edukasi

- a) Anjurkan makan/minum hangat.

Selain intervensi diatas, terdapat intervensi inovatif yakni pemberian selimut aluminium foil pada pasien benigna prostat hiperplasia post operasi TURP. Penggunaan selimut aluminium foil dapat diterapkan sebagai intervensi inovatif, hal tersebut didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Mulyo (2020), berjudul “Terapi Selimut Aluminium Foil sebagai Evidence Based Nursing untuk Meningkatkan Suhu pada Pasien Hipotermi Post Operasi” memperoleh hasil penelitian yang menunjukkan bahwa penurunan suhu yang diukur menggunakan Thermometer dan diberikan intervensi terapi selimut aluminium foil melaporkan rata-rata mengalami peningkatan suhu.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Hipotermia Pada Pasien Post Operasi

Transurethral resection prostate (TURP)

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan suatu dari komponen dari proses keperawatan yaitu suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari klien meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan seorang klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan (Mutaqqin and Sari, 2020).

Pengkajian dilakukan dengan dua tahap yaitu pengumpulan data (informasi subjektif dan objektif) dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medis. Terdapat dua jenis pengkajian yaitu pengkajian skrining dan pengkajian mendalam. Pengkajian skrining adalah langkah awal pengumpulan data, dan mungkin yang paling mudah untuk diselesaikan. Pengkajian mendalam yaitu menilai informasi yang dihasilkan dari pengkajian skrining untuk menentukan normal atau abnormal atau jika itu merupakan risiko (kerentanan) maka perlu pertimbangan dalam kaitannya dengan diagnosis yang berfokus-masalah atau risiko. Pengkajian skrining dilakukan untuk menentukan apabila keadaan tersebut normal atau abnormal, jika beberapa data ditafsirkan abnormal maka akan dilakukan pengkajian mendalam untuk mendapatkan diagnose yang akurat (NANDA, 2018). Pengkajian di kamar operasi meliputi pengkajian pre operatif, intraoperative, post operatif.

a. Pengkajian Umum

Pada pengkajian pasien di unit rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari, atau unit gawat darurat dilakukan secara komprehensif di mana seluruh hal yang berhubungan dengan pembedahan pasien perlu dilakukan secara seksama.

- a) Identitas pasien : pengkajian ini diperlukan agar tidak terjadi duplikasi nama pasien. Umur pasien sangat penting untuk diketahui guna melihat kondisi pada berbagai jenis pembedahan. Selain itu juga diperlukan untuk memperkuat identitas pasien.
- b) Jenis pekerjaan dan asuransi kesehatan : diperlukan sebagai persiapan finansial yang sangat bergantung pada kemampuan pasien dan kebijakan rumah sakit tempat pasien akan menjalani proses pembedahan
- c) Persiapan umum : persiapan *informed consent* dilakukan sebelum dilaksanakannya tindakan

1) Riwayat kesehatan

Pengkajian riwayat kesehatan pasien di rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari, atau unit gawat darurat dilakukan perawat melalui Teknik wawancara untuk mengumpulkan riwayat yang diperlukan sesuai dengan klasifikasi pembedahan

- a) Riwayat alergi : perawat harus mewaspadaai adanya alergi terhadap berbagai obat yang mungkin diberikan selama fase intraoperatif
- b) Kebiasaan merokok, alcohol, narkoba : pasien perokok memiliki risiko yang lebih besar mengalami komplikasi paru-paru pasca operasi, kebiasaan mengonsumsi alcohol mengakibatkan reaksi yang merugikan terhadap obat anestesi, pasien yang

mempunyai riwayat pemakaian narkoba perlu diwaspadai atas kemungkinan besar untuk terjangkit HIV dan hepatitis

c) Pengkajian nyeri : pengkajian nyeri yang benar memungkinkan perawat perioperative untuk menentukan status nyeri pasien. Pengkajian nyeri menggunakan pendekatan P (Problem), Q (Quality), R (Region), S (Scale), T (Time).

2) Pengkajian psikososial

Data pengkajian psikososial berhubungan dengan kondisi penyakitnya serta dampak terhadap kehidupan sosial pasien. Keluarga dan pasien akan menghadapi kondisi yang menghadirkan situasi kecemasan atau rasa takut terhadap penyakitnya.

3) Pengkajian lingkungan

Data pasien hipotermia termasuk ke dalam kategori lingkungan dan subkategori keamanan dan proteksi, perawat harus mengkaji data gejala dan tanda mayor dan minor (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018) meliputi :

a. Gejala dan tanda mayor

1. Subjektif : -
2. Objektif : Kulit teraba dingin, menggigil, suhu tubuh di bawah nilai normal.

b. Gejala dan tanda minor

1. Subjektif : -
2. Objektif : Akrosianosis, bradikardi, dasar kuku sianotik, hipoglikemia, hipoksia, pengisian kapiler > 3 detik, konsumsi oksigen meningkat, ventilasi menurun, piloereksi, takikardia, vasokonstriksi perifer, kutis memurata.

4) Pemeriksaan diagnostik

Sebelum pasien menjalani pembedahan, dokter bedah akan meminta pasien untuk menjalani pemeriksaan diagnostic guna memeriksa adanya kondisi yang tidak normal. Perawat bertanggung jawab mempersiapkan dalam klien untuk menjalani pemeriksaan diagnostic dan mengatur agar pasien menjalani pemeriksaan yang lengkap. perawat juga harus mengkaji kembali hasil pemeriksaan diagnostic yang perlu diketahui dokter untuk membantu merencanakan terapi yang tepat.

c. Pengkajian Post Operatif

Pengkajian pasca anastesi dilakukan sejak pasien mulai dipindahkan dari kamar operasi ke ruang pemulihan. Pengkajian di ruang pemulihan berfokus pada jiwa pasien (Mutaqqin and Sari, 2020).

1. Status respirasi, meliputi : kebersihan jalan nafas, kedalaman pernafasaan, kecepatan dan sifat pernafasan dan bunyi nafas.
- 2) Status sirkulasi, meliputi : nadi, tekanan darah, suhu dan warna kulit.
- 3) Status neurologis, meliputi tingkat kesadaran.
- 4) Balutan, meliputi : keadaan drain dan terdapat pipa yang harus disambung dengan sistem drainage.
- 5) Kenyamanan, meliputi : terdapat nyeri, mual dan muntah
- 6) Keselamatan, meliputi : diperlukan penghalang samping tempat tidur, kabel panggil yang mudah dijangkau dan alat pemantau dipasang dan dapat berfungsi.
- 7) Perawatan, meliputi : cairan infus, kecepatan, jumlah cairan, kelancaran cairan.

- 8) Sistem drainage : bentuk kelancaran pipa, hubungan dengan alat penampung, sifat dan jumlah drainage.
- 9) Nyeri, meliputi : waktu, tempat, frekuensi, kualitas dan faktor yang memperberat /memperingan.

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua jenis, yaitu diagnosis negatif dan diagnosis positif. Diagnosis negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosis ini terdiri atas diagnosis actual dan diagnosis risiko. Diagnosis positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosis ini disebut juga diagnosis promosi kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (*Problem*) dengan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya. Adapun indikator diagnostiknya terdiri dari penyebab (*Etiology*), tanda (*Sign*) dan gejala (*Symptom*) serta faktor risiko. Proses penegakan diagnosis keperawatan terdiri dari tiga tahap yaitu analisis data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosis. Diagnosis keperawatan yang ditegakkan dalam asuhan keperawatan pada post operasi debridement dan amputasi adalah hipotermi yang merupakan suatu keadaan suhu tubuh dibawah rentang normal, dengan faktor penyebab yaitu suhu ruangan yang rendah serta dengan tanda

gejala pasien tampak menggigil, kulit teraba dingin dan suhu tubuh dibawah nilai normal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

3. Intervensi keperawatan

Setelah merumuskan diagnosis dilanjutkan dengan perencanaan dan aktivitas keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan serta mencegah masalah keperawatan klien (PPNI, 2018). Tahap perencanaan keperawatan terdiri dari dua rumusan utama yaitu rumusan luaran keperawatan dan rumusan intervensi keperawatan. 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 terdiri dari indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah. Terdapat dua jenis luaran keperawatan yaitu luaran positif dan luaran negative. Luaran positif menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang sehat sehingga penetapan luaran keperawatan ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan atau memperbaiki. Sedangkan luaran negative menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang tidak sehat, sehingga penetapan luaran keperawatan ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan (PPNI, 2018).

Luaran keperawatan memiliki tiga komponen diantaranya label (nama luaran keperawatan berupa kata-kata kunci informasi luaran), ekspektasi (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), kriteria hasil (karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi). Pemilihan luaran keperawatan tetap harus didasarkan pada penilaian klinis dengan mempertimbangkan kondisi pasien, keluarga, kelompok, atau komunitas (PPNI, 2018).

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Intervensi keperawatan memiliki tiga komponen yaitu label, definisi dan tindakan. 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 (PPNI, 2018).

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 makna dari label intervensi keperawatan. Tindakan merupakan rangkaian aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri dari empat komponen meliputi tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi dan tindakan kolaborasi (PPNI, 2018). Adapun Berdasarkan acuan teori (PPNI, 2018) dalam tahap perencanaan keperawatan terdiri dari dua rumusan utama yaitu rumusan luaran keperawatan dan rumusan intervensi keperawatan. 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 dan luaran negative. Luaran positif menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang sehat sehingga penetapan luaran keperawatan ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan atau memperbaiki. Sedangkan luaran negative menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang tidak sehat, sehingga penetapan luaran keperawatan ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan (PPNI, 2018). Adapun perumusan tujuan serta kriteria hasil serta intervensi pada pasien hipotermia yaitu :

a. Tujuan dan kriteria hasil

Tujuan dan kriteria hasil dari diagnosis keperawatan hipotermia dengan mengambil luaran keperawatan termoregulasi menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (PPNI, 2018) adalah :

- 1) Menggigil menurun (menggigil atau gemetaran pada pasien tidak terlalu keras)
- 2) Pucat menurun (warna bibir dan wajah tidak pucat)
- 3) Suhu tubuh membaik ($36.5^{\circ}\text{C} - 37.5^{\circ}\text{C}$)

b. Intervensi

Intervensi yang dapat dirumuskan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia menurut (PPNI, 2018) yaitu :

Manajemen Hipotermia

- 1) Observasi:
 - (a) Monitor suhu tubuh
 - (b) Identifikasi penyebab hipotermia (mis. Terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan)
 - (c) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (mis. *Hipotermia ringan*, takipnea, disartria, menggigil, hipertensi, diuresis; *Hipotermia sedang*: aritmia, hipotensi, apatis, koagulopati, reflex menurun; *hipotermia berat*: oliguria, reflex menghilang, edema paru, asam-basa abnormal)
- 2) Terapeutik:
 - (a) Sediakan lingkungan yang hangat (mis. Atur suhu ruangan, inkubator)
 - (b) Ganti pakaian dan/linen yang basah
 - (c) Lakukan penghangatan pasif (mis. Selimut menutup kepala, pakaian tebal)
 - (d) Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis, kompres hangat, botol hangat, perawatan model kangguru)
 - (e) Lakukan penghangatan aktif internal (mis. Infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase pantoneal dengan cairan hangat)
- 3) Edukasi:
 - (a) Anjurkan makan/minum hangat.

Terapi Paparan Panas

Menstimulasi kulit dan jaringan dibawahnya dengan panas untuk mengurangi nyeri dan ketidaknyamanan lainnya.

- 1) Observasi
 - a) Identifikasi kontraindikasi penggunaan terapi (mis. Penurunan atau tidak adanya sensasi, penurunan sirkulasi)
 - b) Monitor suhu alat terapi
 - c) Monitor kondisi kulit selama terapi
 - d) Monitor kondisi umum, kenyamanan dan keamanan selama terapi
 - e) Monitor respon pasien terhadap terapi
- 2) Terapeutik
 - a) Pilih metode stimulasi yang nyaman dan mudah didapatkan (mis. Botol air panas, bantal, panas listrik, lilin parafin, lampu)
 - b) Pilih lokasi stimulasi yang sesuai
 - c) Bungkus alat terapi dengan menggunakan kain
 - d) Gunakan kain lembab di sekitar area terapi
 - e) Tentukan durasi terapi sesuai dengan respon pasien
 - f) Hindari melakukan terapi pada daerah yang mendapatkan terapi radiasi
- 3) Observasi
 - a) Anjurkan cara mencegah kerusakan jaringan
 - b) Ajarkan cara menyesuaikan suhu secara mandiri

4. Implementasi keperawatan

Pada tahap ini, perawat harus melakukan tindakan keperawatan yang ada dalam rencana keperawatan. Tindakan dan respon pasien tersebut langsung dicatat dalam format tindakan keperawatan. Dalam format implementasi keperawatan yang harus di dokumentasikan adalah tanggal dilakukannya tindakan, waktu, nomor

diagnosis, implementasi dan respon, paraf dan nama terang perawat (Dinarti *et al.*, 2013). Adapun implementasi yang dapat dilakukan sesuai dengan perencanaan yaitu:

- (a) Sediakan lingkungan yang hangat (mis. Atur suhu ruangan, inkubator)
- (b) Lakukan penghangatan pasif (mis. Selimut menutup kepala, pakaian tebal)
- (c) Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis, kompres hangat, botol hangat, perawatan model kangguru)
- (d) Lakukan penghangatan aktif internal (mis. Infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase pantoneal dengan cairan hangat)

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan fase akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan (Tarwoto and Wartonah, 2015). Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assesment, planing) (Achjar.K.A.H, 2012). Adapun hasil yang diharapkan yaitu:

- a. Menggigil menurun (menggigil atau gemeteran pada pasien tidak terlalu keras)
- b. Pucat menurun (warna bibir dan wajah tidak pucat)
- c. Suhu tubuh membaik ($36.5^{\circ}\text{C} - 37.5^{\circ}\text{C}$)