

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Medis

##### 1. Pengertian

*Benigna Prostate Hyperplasia* (BPH) adalah suatu penyakit pembesaran atau hipertrofi pada prostat. Hipertrofi bermakna bahwa dari segi kualitas terjadi pembesaran sel, namun tidak diikuti oleh jumlah (kuantitas). Namun, hiperplasia merupakan pembesaran ukuran sel (kualitas) dan diikuti oleh penambahan jumlah sel (kuantitas). BPH sering kali menyebabkan gangguan dalam eliminasi urine karena pembesaran prostat yang cenderung kearah depan atau menekan vesika urinaria (Prabowo & Andi, 2014 dalam Ningrum, 2023).

*Benigna Prostate Hyperplasia* (BPH) merupakan suatu penyakit dimana terjadi pembesaran dari kelenjar prostat akibat hyperplasia jinak dari sel-sel yang biasa terjadi pada laki laki berusia lanjut. Kelainan ini ditentukan pada usia 40 tahun dan frekuensinya makin bertambah sesuai dengan penambahan usia. *Benigna Prostate Hyperplasia* (BPH) merupakan istilah histopatologi yang digunakan untuk menggambarkan adanya pembesaran prostat (Sampekalo dkk, 2015 dalam Ningrum, 2023).

## 2. Etiologi

Menurut (Maulana, 2021) etiologi BPH adalah sebagai berikut:

### a. Ketidakseimbangan antara estrogen dan testostosterone

Proses degeneratif harus disalahkan atas ketidakseimbangan ini. Seiring bertambahnya usia pria, kadar hormon testosteron mereka menurun dan kadar hormon estrogen mereka meningkat. Hiperplasia stroma prostat berkembang sebagai akibatnya.

### b. Interaksi stroma-epitel

Hiperplasia stroma dan epitel, yang nantinya akan menyebabkan BPH, disebabkan oleh peningkatan kadar faktor pertumbuhan epidermal atau faktor pertumbuhan fibroblast dan penurunan tingkat beta faktor pertumbuhan transformasi.

### c. Penurunan kematian sel prostat

Stroma dan epitel kelenjar prostat akan hidup lebih lama jika kadar estrogen dinaikkan.

### d. Stem sel

BPH akan terjadi akibat proliferasi sel transit yang disebabkan oleh perluasan sistem sel.

## 3. Manifestasi Klinis

Pasien dengan BPH sering mengeluh tentang gejala saluran kemih bagian bawah (LUTS), yang meliputi gejala obstruksi (atau berkemih), iritasi (atau penyimpanan), dan gejala pasca berkemih.

### a. Terputus-putus, aliran urin yang lemah dan sporadis, perasaan tidak

puas setelah buang air kecil, menunggu sebelum urin keluar (keraguan), dan harus mengejan untuk mulai buang air kecil adalah tanda-tanda obstruksi.

- b. Frekuensi buang air kecil yang meningkat, urgensi (merasa tidak dapat menahan lebih lama lagi), nokturia (bangun untuk buang air kecil di malam hari), dan inkontinensia (urin bocor tanpa disengaja) adalah tanda- tanda mudah tersinggung.
- c. Gejala pasca berkemih termasuk menetesnya urin, dan retensi urin adalah gejala yang paling parah (Novendi, 2022).

#### 4. Patofisiologi

Sejalan dengan penambahan umur, kelenjar prostat akan mengalami hiperplasia, jika prostat membesar akan meluas ke atas (bladder), di dalam mempersulit saluran uretra prostatica dan menyumbat aliran urine. Keadaan ini dapat meningkatkan tekanan intravesika. Sebagai kompensasi terhadap tekanan prostatika, maka otot detrusor dan buli-buli berkontraksi lebih kuat untuk dapat memompa urine keluar. Kontraksi yang terus-menerus menyebabkan perubahan anatomi, sehingga prostat yang membesar tersebut membutuhkan tindakan invasif atau pembedahan untuk penanganannya (Purnomo, 2016 dalam Ningrum 2023).

Pada fase awal dilakukannya tindakan pembedahan klien akan diberi anastesi yang akan menyebabkan efek anastesi, yaitu berupa penurunan kekuatan otot pernafasan yang mana nantinya dapat menyebabkan masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif.

Selain itu dari tindakan invasif ini sendiri juga akan menimbulkan banyak masalah keperawatan, yaitu seperti nyeri akut, yang mana nyeri akut ini terjadi akibat iritasi mukosa kandung kencing, terputusnya jaringan, dan trauma insisi yang mengakibatkan rangsangan saraf diameter menjadi kecil lalu gate kontage menjadi terbuka dan timbul lah masalah keperawatan nyeri akut, dari masalah nyeri akut ini sendiri juga dapat menyebabkan masalah keperawatan lainnya, yaitu gangguan mobilitas fisik. Adapun masalah lainnya yang dapat timbul yaitu seperti pertahanan tubuh yang menurun akan menyebabkan resiko infeksi, serta akibat dari tindakan invasif ini juga dapat menyebabkan masalah keperawatan resiko pendarahan dan bisa berlanjut menjadi masalah resiko syok (Aspiani, 2015 dalam Ningrum 2023).

#### 5. Penatalaksanaan Medis

Maka dilakukan penatalaksanaan farmakologis dan non farmakologis.

##### a. Observasi

Setelah dilakukan tindakan pasca operasi BHP biasanya perawat akan melakukan observasi seperti mengobservasi keadaan umum pasca operasi, mengobservasi saluran irigasi, saluran drainase dan tanda-tanda vital. klien akan mengalami beberapa masalah keperawatan seperti mengeluh nyeri, pusing, badan terasa panas, dan bisa terjadi pendarahan.

##### b. Farmakologis

###### a) Terapi analgesik

- 1) Analgetik non opioid – Obat Anti Inflamasi Non Steroid

(OAINS)

Efektif untuk penatalaksanaan nyeri ringan sampai sedang terutama asetomenofn (Tylenol) dan OAINS dengan ef anti peritik, analgetik dan anti iflamasi, Asam asetilsalisilat (aspirin) dan Ibuprofin (Morfin, Advil) merupakan OAINS yang sering digunakan untuk mengatasi nyeri akut derajat ringan. OAINS menghasilkan analgetik dengan bekerja ditempat cedera melalui inhibisi sintesis prostaglandin dari prekursor asam arokidonat. Prostaglandin mensintesis nosiseptor dan bekerja secara sinergis dengan produk inflamatorik lain di tempat cedera, misalnya bradikinin dan histamin untuk menimbulkan hiperanalgetik. Dengan demikian OAINS mengganggu mekanisme transduksi di nosiseptor aferen primer dengan menghambat sintesis prostaglandin.

## 2) Analgesia opioid

Merupakan analgetik yang kuat yang tersedia dan digunakan dalam penatalaksanaan nyeri dengan skala sedang sampai dengan berat. Obat-obat ini merupakan patokan dalam pengobatan nyeri pasca operasi dan nyeri terkait kanker. Morfin merupakan salah satu jenis obat ini yang digunakan untuk mengobati nyeri berat. Berbeda dengan OAINS yang bekerja diperifer, Morfin menimbulkan efek analgetiknya di sentral. Morfin menimbulkan efek dengan mengikat reseptor opioid di nukleus modulasi di batang otak yang menghambat

nyeri pada sistem assenden.

### 3) Adjuvan / Koanalgetik

Merupakan obat yang memiliki efek analgetik atau efek komplementer dalam penatalaksanaan nyeri yang semula dikembangkan untuk kepentingan lain. Contoh obat ini adalah Karbamazopin (Tegretol) atau Fenitoin (Dilantin)

#### b) 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 testostosterone dalam plasma maka prostatakan mengecil (Prabowo, 2014 dalam Ningrum 2023)

#### c) Non farmakologis

Banyak intervensi keperawatan nonfarmakologis yang dapat dilakukan dengan mengkombinasikan pemberian analgesik dengan terapi nonfarmakologis seperti relaksasi. Relaksasi merupakan terapi perilaku-kognitif pada intervensi nonfarmakologis yang dapat mengubah persepsi pasien tentang nyeri, mengubah perilaku nyeri dan memberi pasien rasa pengendalian yang lebih besar terhadap nyeri. Relaksasi akan menimbulkan respon fisiologis seperti penurunan denyut nadi, penurunan konsumsi oksigen, penurunan kecepatan pernapasan, penurunan tekanan darah dan penurunan tegangan otot (Prabowo,

2014 dalam Ningrum 2023).

## **B. Konsep Nyeri**

### **1. Pengertian**

Rasa nyaman berupa terbebas dari rasa yang tidak menyenangkan adalah suatu kebutuhan individu. Nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan yang terkadang dialami individu. Kebutuhan terbebas dari rasa nyeri itu merupakan salah satu kebutuhan dasar yang merupakan tujuan diberikannya asuhan keperawatan pada seorang pasien di rumah sakit (Perry & Potter, 2009).

Menurut PPNI (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 3 bulan.

### **2. Penyebab**

Menurut PPNI (2017) ada beberapa penyebab masalah keperawatan Nyeri akut :

- 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)

### **3. Tanda dan Gejala**

Gejala dan tanda menurut PPNI (2017) adalah sebagai berikut:

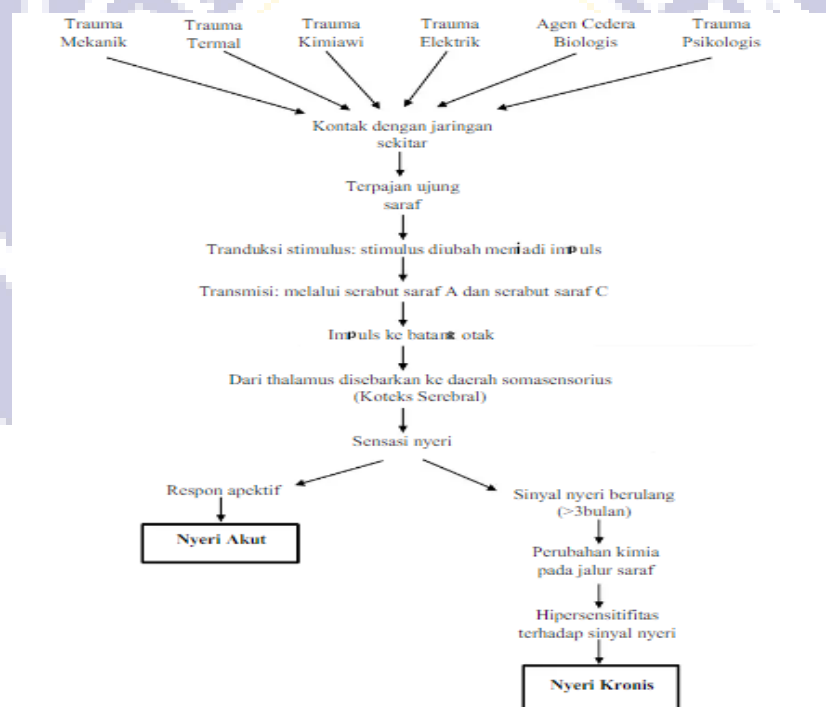
- a. Gejala dan Tanda Mayor

- 1) Subjektif : pasien mengeluh nyeri
- 2) Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

b. Gejala dan Tanda Minor

- 1) Subjektif : tidak tersedia
- 2) Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

4. Pathways



Sumber : Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017)

5. Penatalaksanaan

Nyeri dapat diatasi dengan penatalaksanaan nyeri yang bertujuan untuk meringankan atau mengurangi rasa nyeri sampai tingkat



kenyamanan yang dirasakan oleh klien. Manajemen nyeri *post operasi* meliputi pemberian terapi *farmakologi* dan terapi *nonfarmakologi* berupa intervensi perilaku *kognitif* seperti teknik relaksasi, terapi musik, *imagery* dan *biofeedback*, namun begitu banyak aktivitas keperawatan *non farmakologis* yang dapat membantu dan menghilangkan nyeri (Potter & Perry, 2011).

Pada kasus nyeri yang dialami *post operasi* dalam tehnik *non farmakologi* penanganan nyeri yang biasa digunakan yaitu :

a. *Distraksi*

*Distraksi* adalah pengalihan dari fokus perhatian terhadap nyeri ke stimulus yang lain. Teknik *distraksi* dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori bahwa aktivitas *retikuler* menghambat stimulus nyeri, jika seorang menerima input sensori yang berlebihan dapat menyebabkan terhambatnya *impuls* nyeri ke otak. Stimulus yang menyenangkan dari luar dapat juga merangsang sekresi *endorphin*, sehingga stimulus nyeri dirasakan oleh klien menjadi berkurang. Pereda nyeri secara umum berhubungan langsung dengan partisipasi aktif individu, banyaknya modalitas sensori yang digunakan dan minat individu dalam stimulasi. Oleh karena itu, stimulasi penglihatan, pendengaran, dan sentuhan mungkin akan lebih efektif dalam menurunkan nyeri dibanding stimulasi satu indera saja.

b. Relaksasi

Relaksasi otot *progresif* dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merelaksasikan ketegangan otot yang mendukung rasa nyeri.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa relaksasi efektif dalam menurunkan nyeri pre maupun pasca operasi. Teknik relaksasi ini perlu diajarkan beberapa kali agar mencapai hasil yang optimal. Klien yang telah mengetahui teknik ini mungkin hanya perlu diinstruksikan menggunakan teknik relaksasi untuk menurunkan atau mencegah meningkatnya nyeri. Manfaat teknik relaksasi otot progresif pada klien BPH ini adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional yang mana saat klien melakukan teknik relaksasi otot progresif dan mencapai relaksasi penuh, maka persepsi nyeri klien berkurang dan rasa cemas terhadap pengalaman nyeri menjadi minimal selain itu terapi relaksasi otot progresif ini dapat menimbulkan efek rileks pada pasien sehingga rasa tidak nyaman akibat nyeri post operasi menjadi berkurang. (solehati dan kosasih, 2015).

### **C. Asuhan Keperawatan Nyeri**

Konsep asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

#### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis pada pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan.

a. Keluhan Utama

Keluhan utama pada klien post operasi BPH biasanya muncul keluhan nyeri, sehingga yang perlu dikaji untuk meringankan nyeri (provocative/ paliative), rasa nyeri yang dirasakan (quality), lokasi nyeri (region), keganasan/intensitas (saverity) dan waktu serangan, lama (time)

b. Riwayat Kesehatan/ Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit sekarang dikaji dimulai dari keluhan yang dirasakan pasien sebelum masuk rumah sakit, ketika mendapatkan perawatan di rumah sakit sampai dilakukannya pengkajian. Pada pasien post TURP biasanya didapatkan adanya keluhan seperti nyeri. Keluhan nyeri dikaji menggunakan PQRST : P (provokatif), yaitu faktor yang mempengaruhi awat atau ringannya nyeri. Q (Quality), yaitu kualitas dari nyeri, seperti apakah rasa tajam, tumpul atau tersayat. R (Region), yaitu daerah / lokasi perjalanan nyeri. S (Severity), yaitu skala/ keparahan atau intensitas nyeri. T (Time), yaitu lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Perawat menanyakan tentang penyakit-penyakit yang pernah dialami sebelum nya, terutama yang mendukung atau memperberat kondisi gangguan system perkemihan pada pasien saat ini seperti pernahkah pasien menderita penyakit kencing manis, riwayat kaki bengkak (edema), hipertensi, penyakit kencing batu, kencing berdarah, dan lainnya. Tanyakan: apakah pasien pernah dirawat

sebelumnya, dengan penyakit apa, apakah pernah mengalami sakit yang berat, dan sebagainya (Muttaqin, 2011).

d. Riwayat Keluarga

Tanyakan mungkin di antara keluarga klien sebelumnya ada yang menderita penyakit yang sama dengan penyakit klien sekarang.

e. Pengkajian Psiko-sosio-spiritual

Pengkajian psikologis pasien meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai Kecemasan pasien terhadap penyakitnya, kognitif, dan perilaku pasien. Perawat mengumpulkan pemeriksaan awal pasien tentang kapasitas fisik dan intelektual saat ini, yang menentukan tingkat perlunya pengkajian psikososiospiritual yang saksama (Muttaqin, 2011).

f. Pola sehari-hari

1) Nutrisi

Pola nutrisi sebelum dan sesudah sakit yang harus dikaji adalah frekuensi, jenis makanan dan minuman, porsi, tanyakan perubahan nafsu makan yang terjadi. Pada *post op prostatektomi* biasanya tidak terdapat keluhan pada pola nutrisi.

2) Eliminasi

BAB : Kaji tentang frekuensi, jumlah, warna BAB terakhir

BAK : Mengkaji frekuensi, jumlah, warna BAK pada pasien post op terpasang kateter threeway, mengkaji jumlah, warna biasanya kemerahan.

### 3) Tidur/istirahat

Pola tidur dapat terganggu maupun tidak terganggu, tergantung bagaimana toleransi pasien terhadap nyeri yang dirasakannya.

### 4) Personal Hygiene

Upaya untuk menjaga kebersihan diri cenderung kurang.

### 5) Pola Aktivitas

Pada pasien post op prostatektomi biasanya dianjurkan untuk tirah baring sehingga aktivitas dibantu keluarga sebagian.

### g. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik Head to - toe meliputi :

#### 1) Keadaan Umum

Keadaan umum klien mulai saat pertama kali bertemu dengan klien dilanjutkan mengukur tanda-tanda vital. Kesadaran klien juga diamati apakah kompos mentis, apatis, somnolen, delirium, semi koma atau koma.

#### 2) Pemeriksaan Tanda-tanda Vital

Tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, respirasi, suhu) umumnya pasien mengalami takikardi, peningkatan tekanan darah, dapat juga terjadi hipotensi.

#### 3) Pemeriksaan kepala dan muka

Inspeksi : Kebersihan kepala, warna rambut hitam keputihan, tidak ada kelainan bentuk kepala, Pasien nampak meringis menahan nyeri.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, mengkaji kerontokan dan kebersihan rambut, kaji pembengkakan pada muka.

4) Mata

Inspeksi : Keadaan pupil isokor atau anisokor, refleks cahaya tidak ada gangguan, konjungtiva anemis

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan atau peningkatan tekanan intraokuler pada kedua bola mata.

5) Hidung

Inspeksi : Bersih, tidak terdapat polip, tidak terdapat nafas cuping hidung

Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada hidung

6) Telinga

Inspeksi : Simetris telinga kanan dan kiri, tidak ada luka, telinga bersih tidak ada serumen.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

7) Mulut

Inspeksi : Tidak ada kelainan kogenital (bibir sumbing), warna, kesimetrisan, sianosis atau tidak, pembengkakan, lesi, amati adanya stomatitis pada mulut, amati jumlah dan bentuk gigi, gigi berlubang, warna, plak, dan kebersihan gigi

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan pada pipi dan mulut bagian dalam.

8) Leher

Inspeksi : Tidak ada luka, kesimetrisan, masa abnormal

Palpasi : Mengkaji adanya distensi vena jugularis, pembesaran kelenjar tiroid.

#### 9) Thorak

##### a) Paru-paru

Inspeksi : Simetris, tidak terdapat luka, ekspansi dada simetris  
Palpasi : Tidaknya nyeri tekan, vokal fremitus sama antara kanan dan kiri

Perkusi : Normalnya berbunyi sonor.

Auskultasi : Normalnya terdengar vasikuler pada kedua paru.

##### b) Jantung

Inspeksi : Ictus cordis tidak nampak

Palpasi : Ictus cordis teraba di ICS 4 & 5 *mid claviculasinistra*.  
Perkusi : Normalnya terdengar pekak

Auskultasi : Normalnya terdengar tunggal suara jantung pertama dan suara jantung kedua.

#### 10) Abdomen

Inspeksi : Pada inspeksi perlu diperhatikan, apakah abdomen membuncit atau datar, tapi perut menonjol atau tidak, melihat lebar luka post op, mengukur panjang luka post op apakah terpasang selang irigasi dan drainase, melihat apakah ada kemerahan disekitar luka post operasi.

Palpasi : Apakah Adakah nyeri tekan abdomen, apakah ada cairan keluar pada saat palpasi di area luka post op, turgor kulit perut untuk mengetahui derajat hidrasi pasien.

Perkusi : Abdomen normal tympanik, adanya massa padat atau cair akan menimbulkan suara pekak (hepar, asites, vesika urinaria, tumor,)

Auskultasi : Secara peristaltic usus dimana nilai normalnya 5-35 kali permenit.

#### 11) Ekstremitas

##### a) Atas

Inspeksi: Mengkaji kesimetrisan dan pergerakan ekstremitas atas, Integritas ROM (*Range Of Motion*), kekuatan dan tonus otot.

Palpasi: Mengkaji bila terjadi pembengkakan pada ekstremitas atas.

##### b) Bawah

Inspeksi : Mengkaji kesimetrisan dan pergerakan ekstremitas atas, Integritas ROM (*Range Of Motion*), kekuatan dan tonus otot.

Palpasi: Mengkaji bila terjadi pembengkakan pada ekstremitas atas.

#### 12) Integritas kulit

Inspeksi : warna kulit, kelembapan, akral hangat atau tidak.



Palpasi : Integritas kulit, CRT (Capillary Refil Time) pada jari normalnya < 2 detik.

### 13) Genetalia

Inspeksi : laki-laki, terpasang folley kateter 3 lubang (*Threeway Catheter*) dengan Irigasi NaCl 0,9% (urine berwarna merah muda kemerahan hingga merah muda jernih)

## 2. Diagnosis Keperawatan

merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (Hidayat, 2021).

Diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien post operasi BPH adalah

#### a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)

##### 1) Pengertian

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.

## 2) Etiologi

- a) Agen pencedera fisiologis
- b) Agen pencedera kimiawi
- c) Agen pencedera fisik

## 3) Manifestasi Klinis

### a) Gejala dan tanda mayor

- 1) Subyektif : pasien mengeluh nyeri,
- 2) Obyektif : pasien tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

### b) Gejala dan tanda minor

- 1) Subyektif : -
- 2) Obyektif: Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis (PPNI, 2017).

## 4) Kondisi Klinis Terkait

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom Koroner Akut
- e) Glaukoma

b. Gangguan Mobilitas Fisik b.d nyeri (D0054)

1) Pengertian

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

2) Etiologi

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan massa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskuloskeletal
- l) Gangguan neuromuskular
- m) IMT diatas persentil ke 75 sesuai usia
- n) Efek agen farmakologis
- o) Program pembatasan gerak
- p) Nyeri
- q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- r) Kecemasan
- s) Gangguan kognitif

t) Keengganan melakukan pergerakan

u) Gangguan sensori persepsi

### 3) Manifestasi Klinis

a) Gejala dan tanda mayor:

1) Subyektif : pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

2) Obyektif : rentang gerak menurun,

b) Gejala dan tanda minor :

1) Subyektif : nyeri saat bergerak, merasa cemas saat bergerak,

2) Obyektif : gerakan terbatas, fisik lemah.

### 4) Kondisi Klinis Terkait

a) Stroke

b) Cedera medulla spinalis

c) Trauma

d) Fraktur

e) Osteoarthritis

f) Ostemalasia

g) keganasan

### c. Resiko Infeksi ditandai dengan tindakan invasif (0142)

#### 1) Pengertian

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

#### 2) Factor Resiko

a) Penyakit kronis

- b) Efek prosedur invasif
  - c) Malnutrisi
  - d) Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan
  - e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
  - f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder
- 3) Kondisi klinis terkait
- a) Luka bakar
  - b) PPOK
  - c) DM
  - d) Tindakan Invasif
  - e) Kanker
  - f) Gagal ginjal
  - g) Gangguan fungsi hati
  - h) Penyalahgunaan obat

### 3. Rencana Keperawatan

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2018) intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan.

Adapun intervensi keperawatan yang diberikan sesuai dengan  
Diagnosa yang diprioritaskan ialah sebagai berikut:

Tabel 2.1 intervensi keperawatan

No	Diagnosa	SLKI	SIKI																				
1	Nyeri Akut	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : SLKI: Tingkat nyeri (L.08066)</p> <table border="1"> <tr> <th>No</th><th>Indikator</th><th>Awl</th><th>Akh</th></tr> <tr> <td>1</td><td>Keluhan nyeri</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2</td><td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3</td><td>Sikap protektif</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>4</td><td>Kesulitan tidur</td><td>3</td><td>5</td></tr> </table> <p>Keterangan no 1-4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkat</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup menurun</li> <li>5. Menurun</li> </ol>	No	Indikator	Awl	Akh	1	Keluhan nyeri	3	5	2	Meringis	3	5	3	Sikap protektif	3	5	4	Kesulitan tidur	3	5	<p>Manajemen Nyeri Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. relaksasi otot progresif, akupresure, terapi musik,, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, terapi kompres hangat/dingin.</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri</li> </ol>
No	Indikator	Awl	Akh																				
1	Keluhan nyeri	3	5																				
2	Meringis	3	5																				
3	Sikap protektif	3	5																				
4	Kesulitan tidur	3	5																				

			<p>dalam pemilihan strategi nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>																
2.	Gangguan mobilitas fisik	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : SLKI: mobilitas fisik (L.05042)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>Indikator</th><th>Awl</th><th>Akh</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>Pergerakan ekstremitas</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2</td><td>Kekuatan otot</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3</td><td>Rentang gerak</td><td>3</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>Keterangan no 1-3:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurun</li> <li>2. Cukup menurun</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup meningkat</li> <li>5. meningkat</li> </ol>	No	Indikator	Awl	Akh	1	Pergerakan ekstremitas	3	5	2	Kekuatan otot	3	5	3	Rentang gerak	3	5	<p>Dukungan Mobilisasi Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>2. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> <li>4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis pagar tempat tidur)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan</li> </ol>
No	Indikator	Awl	Akh																
1	Pergerakan ekstremitas	3	5																
2	Kekuatan otot	3	5																
3	Rentang gerak	3	5																

			<p>mobilisasi dini</p> <p>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>																				
3	Risiko Infeksi	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : SLKI: tingkat infeksi (L.14137)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>Indikator</th><th>Awl</th><th>Akh</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>demam</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2</td><td>kemerahan</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3</td><td>nyeri</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>4</td><td>bengkak</td><td>3</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>Keterangan no 1-4:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkat</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup menurun</li> <li>5. menurun</li> </ol>	No	Indikator	Awl	Akh	1	demam	3	5	2	kemerahan	3	5	3	nyeri	3	5	4	bengkak	3	5	<p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>2. Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>3. Ajarkan etika batuk</li> <li>4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</li> </ol>
No	Indikator	Awl	Akh																				
1	demam	3	5																				
2	kemerahan	3	5																				
3	nyeri	3	5																				
4	bengkak	3	5																				



#### 4. Implementasi keperawatan

Keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu Klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Penanganan nyeri dibagi menjadi dua yaitu farmakologi dan non farmakologi. Dalam penanganan nyeri apabila salah satu penanganan nyeri nonfarmakologi belum berhasil maka akan dilakukan kolaborasi antara penanganan nyeri non farmakologi dan farmakologi. Nyeri yang dialami oleh Klien merupakan nyeri akut dengan skala sedang. Maka perludanya dilakukannya kedua penanganan nyeri tersebut. (Smeltzer and Bare, 2010 dalam Hermanto et al., 2020).

Dalam terapi farmakologi yaitu berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri sedangkan teknik nonfarmakologi terdapat beberapa teknik diantaranya teknik relaksasi otot progresif (Tamsuri, dalam Zees, 2012 dalam Hermanto et al., 2020).

#### 5. Evaluasi

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien,

dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain.

Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan Klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Evaluasi asuhan keperawatan ini disusun dengan menggunakan SOAP yaitu :

- S : keluhan secara subjektif yang dirasakan Klien atau keluarga setelah dilakukan implementasi keperawatan
- O : keadaan objektif Klien yang dapat dilihat oleh perawat
- A : setelah diketahui respon subjektif dan objektif kemudian dianalisis oleh perawat meliputi masalah teratasi (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku sesuai dengan kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah teratasi sebagian, masalah belum teratasi (sama sekali tidak menunjukkan perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku atau bahkan muncul masalah baru).
- P : setelah perawat menganalisis kemudian dilakukan perencanaan selanjutnya.

## D. EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)

Tabel 2.2 EBP

Penulis/Tahun	Judul Penelitian	Metode	Hasil
Bachtiar, 2020	Pengaruh PMR (Progressive Muscle Relaxation) Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Op Bph (Benign Prostate Hiperplasia) Effect Of PMR (Progressive Muscle Relaxation)	Rancangan penelitian yaitu Quasi Eksperimen dengan desain penelitian One Group PrePost Test dengan teknik pengambilan sampel menggunakan teknik Purposive Sampling. Jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah sebanyak 20 responden. Pengumpulan data menggunakan lembar observasi, analisa data menggunakan analisa univariat dan bivariat dengan uji Wilcoxon. Tempat dan Waktu Tempat penelitian di RS TK II Pelamonia Makassar pada tanggal 31 Maret sampai dengan 07 Agustus 2017	Hasil penelitian yaitu skala intensitas nyeri sebelum terapi relaksasi progresif didapatkan hasil mean 5.30 Dengan standar deviasi 0.844. Sedangkan skala intensitas nyeri sesudah terapi relaksasi progresif didapatkan hasil mean 3.50 dengan standar deviasi 0.671 hasil uji statistik didapatkan nilai p-value 0.000 (p-value $0.000 < 0.05$ ). Kesimpulan dalam penelitian ini adalah ada pengaruh PMR ( <i>Progressive Muscle Relaxation</i> ) terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post op BPH di RS TK II Pelamonia Makassar
Sunarsih, Dkk (2017)	Relaksasi Progresif terhadap Intensitas Nyeri Post Operasi BPH (Benigna Prostat Hyperplasia)	Jenis penelitian kuantitatif. Peneliti menggunakan desain pra eksperimen dengan rancangan desain one group pre-post test. Pada penelitian ini sampel yang digunakan sebanyak 20 responden. Analisa data menggunakan analisa univariat dan bivariat dengan uji Wilcoxon.	Hasil penelitian yang dilakukan peneliti diketahui skala intensitas nyeri sebelum terapi relaksasi progresif didapatkan hasil mean 5.20 Dengan standar deviasi 0.834. Sedangkan skala intensitas nyeri sesudah terapi relaksasi progresif didapatkan hasil mean 3.60 dengan standar deviasi 0.681 hasil uji statistik didapatkan nilai p-value 0.000 (p-value $0.000 < \alpha 0.05$ ), maka dapat disimpulkan ada pengaruh rata-rata intensitas nyeri yang bermakna pada pasien post op BPH (Benigna Prostat Hyperplasia) yang sudah dilakukan tindakan teknik relaksasi progresif.
Indrayani, 2022	Pengaruh Relaksasi Otot Progresif Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Turp Bph Dirumah Sakit Kristen Mojowarno 2022	Desain penelitian menggunakan Pre Eksperiment dengan Rancangan Pretest dan posttest One Group Design. Populasi penelitian ini 38 orang. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 30 orang, tehnik pengambilan sampel menggunakan teknik concecutive sampling. Teknik	Hasil penelitian didapatkan sebelum diberikan intervensi intensitas nyeri pada responden adalah nyeri berat sejumlah 21 orang dan setelah diberikan intervensi intensitas nyeri menjadi nyeri ringan sejumlah 23 orang. Hasil uji statistic Wilcoxon diperoleh nilai $p=0,000$ yang berarti ada pengaruh teknik relaksasi otot progresif terhadap intensitas nyeri pada pasien post

		pengumpulan data dilakukan dengan lembar kuesioner NRS dengan Uji Wilcoxon dengan taraf signifikan $<0,05$ . Penelitian ini dilakukan selama 3 hari, dengan 1x pemberian durasi 15menit.	TURP. Oleh karena itu teknik relaksasi otot progresif dapat direkomendasikan sebagai teknik nonfarmakologi untuk menurunkan intensitas nyeri pada pasien post TURP BPH
Tamara, Dkk (2023)	Terapi Relaksasi Autogenik Untuk Menurunkan Nyeri Post Operasi Turp Pada Pasien BPH	Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan desain penelitian quasi eksperiment (eksperimen semu) dengan pendekatan one group pretest-posttest design. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi relaksasi autogenik terhadap nyeri pasien TURP BPH pasca operasi di ruang ICU RSUD Sri Pamela Tebing Tinggi Tahun 2022. Populasi dalam penelitian ini berjumlah 150 orang, dengan menggunakan teknik purposive sampling didapatkan ada 75 sampel. Aspek pengukuran dengan skala nyeri diukur dengan menggunakan instrumen The Numerik Pain Intensity Scale. Analisa data menggunakan data univariat dan bivariat. Analisa bivariat menggunakan uji Paired t test. Penelitian ini dilakukan selama 3 hari	Hasil rata-rata skala nyeri sebelum dilakukan relaksasi autogenik sebesar 2.80 dimana skala nyeri tersebut dikategorikan masih tinggi. Kemudian setelah pelaksanaan terapi autogenik didapat nilai rata-rata skala nyeri sebesar 2.44, artinya terdapat penurunan rata-rata skala nyeri sebanyak 0.36. Berdasarkan hasil uji, didapatkan signifikansi p value $0,001 < \alpha = 0,05$ $H_0$ ditolak artinya secara simultan terdapat pengaruh terapi autogenik terhadap skala nyeri pasien di ruangan ICU Rumah Sakit Sri Pamela Tebing Tinggi.