

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Nyeri

1. Definisi nyeri

Menurut Handayani (2020) nyeri adalah kejadian yang tidak menyenangkan, mengubah gaya hidup dan kesejahteraan individu. Menurut Andarmoyo (2021) nyeri adalah ketidaknyamanan yang dapat disebabkan oleh efek dari penyakit-penyakit tertentu atau akibat cedera. Sedangkan menurut Kozier & Erb (2021) mengatakan bahwa nyeri adalah sensasi yang tidak menyenangkan dan sangat individual yang tidak dapat dibagi dengan orang lain.

2. Etiologi nyeri

Penyebab nyeri dapat digolongkan menjadi dua yaitu nyeri fisik dan nyeri psikis. Nyeri secara fisik timbul karena adanya trauma (baik trauma mekanik, kimiawi, maupun elektrik) hal ini dapat menimbulkan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri, serabut saraf ini terletak pada lapisan kulit sehingga menimbulkan rasa nyeri pada pasien. Sedangkan nyeri psikologis merupakan nyeri yang dirasakan timbul akibat persepsi pasien atau trauma psikologis yang dialami pasien sehingga dapat mempengaruhi fisik (Kozier & Erb, 2021).

3. Patofisiologis

Menurut Kozier & Erb (2021) patofisiologis dari nyeri terbagi menjadi 3 bagian :

a. Mekanisme neurofisiologi nyeri

Sistem saraf pusat yang mengubah stimulus menjadi sensasi nyeri dalam transmisi dan persepsi nyeri disebut sebagai sistem nosiseptif. Sensitivitas dari komponen system nosiseptif dapat dipengaruhi oleh sejumlah faktor yang berbeda diantara individu dengan individu lainnya. Maka dari itu respon yang dialami seseorang terhadap nyeri bisa berdeda satu sama lain.

b. Transmisi nyeri

Reseptor nyeri pada manusia yaitu ujung saraf bebas yang terdapat dalam kulit, reseptor ini merespon hanya pada stimulus yang kuat dan adanya potensial merusak, bersifat mekanik, termal, dan kimia. Adapun sendi, otot, fasia, tendon, dan kornea juga merupakan reseptor nyeri yang mempunyai potensi untuk mentransmiter yang menstimulus sehingga terjadi nyeri yang menyebabkan nyeri.

c. Kornu Dorsalis dan Jaras Asenden

Kornus dorsalis bagian dari *medulla spinalis* dianggap sebagai tempat yang merespon nyeri, serabut perifer (seperti reseptor nyeri) dan serabut traktus sensorii asenden berakhir disini. Juga terdapat interkoneksi antara sistem neuronal desenden dan traktus sensorii asenden. Traktus asenden berakhir pada otak bagian bawah dan bagian tengah dan impuls-impuls dipancarkan ke korteks serebri.

4. Faktor Predisposisi Nyeri

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi nyeri menurut Handayani, (2020) :

- a. Usia, usia dapat mempengaruhi nyeri pada seseorang dengan bertambahnya usia seseorang biasanya dapat mengontrol nyeri yang dirasakan. Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan memengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Dalam hal ini, anak-anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa (Kencana, 2020).
- b. Jenis kelamin, tidak adanya perbedaan yang signifikan antara laki-laki dan perempuan, namun beberapa budaya beranggapan bahwa laki-laki lebih berani dan dapat menahan rasa nyeri dibandingkan perempuan.
- c. Lingkungan, lingkungan dapat mempengaruhi persepsi nyeri, biasanya lingkungan yang rebut dapat menimbulkan rasa nyeri pada pasien.
- d. Keadaan umum, kondisi Fisik yang menurun, pasien dalam keadaan lemah dan kurang asupan nutrisi akan dapat meningkatkan intensitas nyeri begitu juga dengan haus / dehidrasi.
- e. Lokalisasi dan tingkat keparahan nyeri, nyeri biasanya dapat dirasakan dalam lokasi tertentu ada yang berupa nyeriringan, sedang dan nyeri berat.
- f. Ansietas, berdasarkan penelitian hubungan antara nyeri dengan kecemasan bersifat kompleks, kecemasan yang dilakukan oleh seseorang sering kali meningkatkan persepsi nyeri.

5. Respon Nyeri

Perilaku non verbal yang mengindikasikan nyeri menurut Black dan Hawks (2014) yaitu :

Tabel 2.1 Perilaku Non-Verbal Terhadap Nyeri

Ekspresi wajah	Menggertakan gigi, mengernyitkan dahi, menggigit bibir, menekuk muka, menutup mata dengan rapat, membuka mata atau mulut dengan lebar
Vokal	Menangis, mengerang, terengah, merintih, menggerutu, menjerit
Gerakan Tubuh	Gelisah, waspada, tegang pada otot, imobilitas, mondar-mandir, meremas tangan, tidak bisa diam, gelisah, menggeliat, menolak ubah posisi, kaku pada sendi
Interaksi Sosial	Diam, menarik diri, tingkat perhatian menurun, fokus pada standar meredakan nyeri
Emosi	Agresif, bingung, rewel, sedih, iritabilitas
Tidur	Meningkat, karena kelelahan Menurun karena sering terbangun

Sumber: Black dan Hawks (2014)

Bersamaan dengan naiknya impuls-impuls nyeri ke *medula spinalis* hingga mencapai batang otak dan thalamus, maka sistem saraf otonom menjadi terstimulus sebagai bagian dari respons stress. Selain respon perilaku, respon fisiologis juga dapat terjadi ketika individu merasakan nyeri, respon fisiologis terhadap nyeri terbagi menjadi respon sistem saraf simpatik dan respon sistem saraf parasimpatik (Kozier, et all. 2021).

Tabel 2.2 Respon Fisiologis Terhadap Nyeri

Respon Sistem Saraf Simpatik	Respon Sistem Saraf Parasimpatik
Peningkatan denyut nadi	Tekanan darah menurun
Peningkatan frekuensi napas	Denyut nadi menurun
Peningkatan tekanan darah	Mual, muntah
Pasien tampak pucat	Kelemahan
Diaphoresis	Kehilangan kesadaran
Dilatasi pupil	

Sumber: Black dan Hawks (2014)

Respon fisiologis terhadap nyeri

a. Stimulasi Simpatik: (nyeri ringan, moderat, dan superficial).

- 1) Dilatasi saluran bronchial dan peningkatan respirasi rate.
- 2) Peningkatan heart rate.
- 3) Vasokonstriksi perifer, peningkatan *blood pressure*.
- 4) Peningkatan nilai gula darah.
- 5) Peningkatan kekuatan otot.
- 6) Dilatasi pupil.
- 7) Penurunan motilitas GI.

2) Stimulus Parasimpatik (nyeri berat dan dalam).

- 1) Muka pucat.
- 2) Otot mengeras.
- 3) Penurunan *heart rate* dan *blood pressure*.
- 4) Nafas cepat dan irregular.
- 5) Nausea dan vomitus (mual & muntah).
- 6) Kelelahan dan keletihan.

Respon tingkah laku terhadap nyeri

- 1) Pernyataan verbal (mengaduh, menangis, sesak napas, mendengkur).
- 2) Ekspresi wajah (meringis, menggeletukkan gigi, menggigit bibir).
- 3) Gerakan tubuh (gelisah, imobilisasi, ketegangan otot, peningkatan gerakan jari dan tangan).
- 4) Kontak dengan orang lain/ interaksi sosial (menghindari percakapan, menghindari kontak sosial, penurunan rentangperhatian, fokus pada aktivitas menghilangkan nyeri).

Respon tubuh terhadap nyeri ada 3 tahap, yaitu:

- 1) Tahap aktivasi

Dimulai saat pertama individu menerima rangsang nyeri sampai tubuh bereaksi terhadap nyeri yang meliputi : respon simpato adrenal, respon muskuler, dan respon emosional.

2) Tahap pemantulan (*rebound*)

Pada tahap ini nyeri sangat hebat tetapi singkat. Pada tahap ini pula sistem saraf parasimpatis mengambil alih tugas, sehingga terjadi respon yang berlawanan terhadap tahap aktivasi.

3) Tahap adaptasi (*adaption*)

Saat nyeri berlangsung lama tubuh mencoba untuk beradaptasi melalui peran endorphins. Reaksi adaptasi tubuh ini terhadap nyeri dapat berlangsung beberapa jam atau beberapa hari. Bila nyeri berkepanjangan maka akan menurunkan sekresi norepineprin sehingga individu merasatidak berdaya, tidak berharga dan lesu.

6. Klasifikasi Nyeri Pada Pasien Post Operasi *Transurethral Resection Of The Prostate*

a. Klasifikasi nyeri

Menurut Koziar, et all. (2021) nyeri dapat digambarkan dalam hal durasi, lokasi, atau etiologinya. Saat nyeri hanya berlangsung selama periode pemulihan yang telah diperkirakan, nyeri digambarkan sebagai nyeri akut dan nyeri kronik. Nyeri dapat dikategorikan sesuai dengan asalnya sebagai nyeri kutaneus, somatic profunda, atau visceral. Nyeri dapat digambarkan sesuai dengan tempat dirasakannya nyeri tersebut yaitu nyeri menjalar, nyeri tak tertahankan, nyeri bayangann, dan nyeri neuropatik.

1) Nyeri akut

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2018). Nyeri pada pasien TURP termasuk dalam kategori nyeri akut.

2) Nyeri kronis

Nyeri Kronis berlangsung lama, biasanya bersifat kambuhan atau menetap selama 6 bulan atau lebih, dan mengganggu fungsi tubuh. Sifat dari nyeri kronis adalah konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu dengan intensitas yang bervariasi. Dalam pemeriksaan tanda vital sering kali didapatkan masih dalam batas normal dan tidak disertai dilatasi pupil. Respon psikologi yang sering dialami oleh pasien dengan nyeri kronis adalah seperti rasa keputusasaan, perilaku menarik diri, mudah tersinggung, marah dan tidak tertarik

pada aktivitas fisik. Contoh dari nyeri kronis adalah nyeri kanker, artritis dan neuralgia trigeminal.

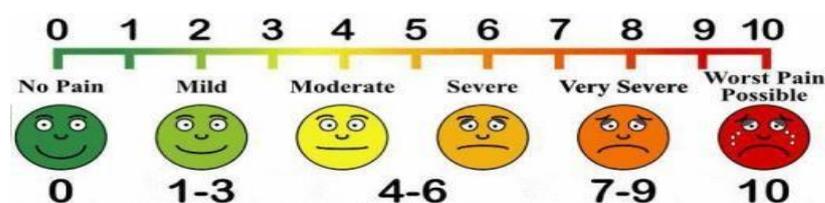
- 3) Nyeri kutaneus : berasal di kulit atau jaringan subkutan. Teriris kerta yang menyebabkan nyeri tajam dengan sedikit rasa terbakar adalah contoh dari nyeri kutaneus.
- 4) Nyeri somatik profunda : berasal dari ligament, tendon, tulang, pembuluh darah, dan saraf. Nyeri ini menyebar dan cenderung berlangsung lebih lama dibandingkan kutaneus.
- 5) Nyeri visceral : berasal dari stimulasi reseptor nyeri di rongga abdomen, cranium, dan toraks. Nyeri visceral cenderung menyebar dan seringkali terasa seperti rasa terbakar, nyeri tumpul, atau merasa tertekan. Nyeri visceral seringkali disebabkan oleh peregangan jaringan, iskemia, atau spasme otot.
- 6) Nyeri menjalar, adalah nyeri yang dirasakan di sumber nyeri dan meluas ke jaringan-jaringan di sekitarnya. Misalnya, nyeri jantung tidak hanya dapat dirasakan di dada tetapi juga dirasakan di sepanjang bahu kiri dan turun ke lengan
- 7) Nyeri tak tertahankan, adalah nyeri yang sangat sulit untuk diredakan. Salah satunya adalah nyeri akibat keganasan stadium lanjut.
- 8) Nyeri neuropatik, adalah nyeri akibat kerusakan sistem saraf tepi atau sistem saraf pusat di masa kini atau masa lalu.
- 9) Nyeri bayangan, adalah sensasi nyeri yang dirasakan pada bagian tubuh yang telah hilang (mis, kaki yang telah diamputasi).

7. Alat Ukur Nyeri

Intensitas nyeri (skala nyeri) adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan individu pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda.

1) *Face Rating Scale* (FRS)

Pengukuran intensitas nyeri dapat menggunakan face ratingscale yaitu terdiri enam wajah kartun mulai dari wajah yang tersenyum untuk “tidak ada nyeri” hingga wajah yang menangis untuk “nyeri berat” (Zakiyah, 2015) .

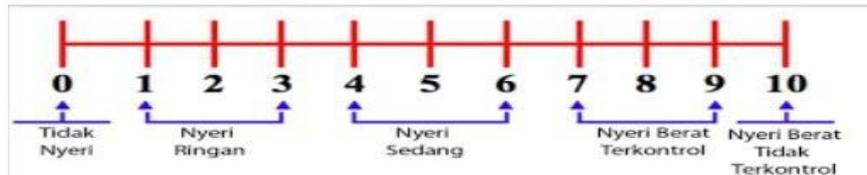


Gambar 2.3 Face Rating Scale

Sumber: (Zakiyah, 2015)

2) Numeric Rating Scale (NRS)

Digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan skala 0 sampai 10. Angka 0 diartikan kondisi klien tidak merasakan nyeri, angka 10 mengindikasikan nyeri paling berat yang dirasakan klien. Skala ini efektif digunakan untuk mengkaji intensitas terapeutik (Zakiyah, 2015).



Gambar 2.4 Numeric Rating Scale

Sumber: (Zakiyah, 2015)

Tabel 2.3 Skala Intensitas Nyeri Numerik 0-10

Skala	Karakteristik Nyeri
0	Tidak ada rasa sakit dan merasa normal
1	Sangat sedikit gangguan, kadang terasa seperti tusukan kecil
2	Gangguan cukup dihilangkan dengan pengalihan perhatian seperti cubitan ringan pada kulit
3	Nyeri dapat diabaikan dengan beraktivitas/melakukan pekerjaan, masih dapat dialihkan, seperti suntikan oleh dokter
4	Nyeri yang dalam, dapat diabaikan dengan beraktivitas/melakukan pekerjaan, masih dapat dialihkan, seperti sakit gigi atau sengatan lebah
Skala	Karakteristik Nyeri
5	Rasa nyeri yang menusuk, tidak bisa diabaikan lebih dari 30 menit, seperti kaki terkilir
6	Rasa nyeri dalam dan menusuk, tidak bisa diabaikan untuk waktu yang lama, tapi masih bisa bekerja
7	Sulit untuk berkonsentrasi, dengan diselangai istirahat/tidur anda masih bisa bekerja
8	Nyeri akut dan lama, beberapa aktivitas fisik terbatas. Anda masih bisa membaca dan berbicara dengan usaha. Merasakan mual dan pusing kepala/pening
9	Tidak bisa berbicara, menangis, mengerang, dan merintih tak dapat dikendalikan, penurunan kesadaran, mengigau
10	Tidak sadrkan diri/pingsan

Numerical Rating Scale (NRS) terdiri dari sebuah garis horizontal yang dibagi secara rata menjadi 10 segmen dengan nomor 0 sampai 10. Pasien diberi tahu bahwa 0 menyatakan “tidakada nyeri sama sekali” dan 10 menyatakan “nyeri paling parah yang mereka dapat bayangkan”. Pasien kemudian diminta untuk menandai angka yang menurut mereka paling tepat dapat menjelaskan tingkat nyeri yang mereka rasakan pada suatu waktu.

8. Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri atau tindakan keperawatan untuk mengurangi nyeri yaitu terdiri dari penatalaksanaan non-farmakologi dan farmakologi.

a. Penatalaksanaan farmakologi

Keputusan perawat dalam penggunaan obat-obatan dan penatalaksanaan klien/pasien yang menerima terapi farmakologi membantu dalam upaya memastikan penanganan nyeri yang mungkin dilakukan (Helmi, 2020). Analgesik merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Perawat harus mengetahui obat-obatan yang tersedia untuk menghilangkan nyeri (Helmi, 2020). Ada tiga jenis analgesik menurut Helmi (2020) yaitu :

- 1) Non-narkotik dan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID) Kebanyakan NSAID bekerja pada reseptor saraf perifer untuk mengurangi transmisi dan resepsi stimulus nyeri. NSAID non-narkotik umumnya menghilangkan nyeri ringan dan sedang seperti nyeri yang terkait dengan artritis rheumatoid, prosedur pengobatan gigi, prosedur bedah minor dan episiotomy.
- 2) Analgesik narkotik atau opiat umumnya diresepkan untuk nyeri sedang sampai berat, seperti nyeri pasca operasi dan nyeri maligna. Obat ini bekerja pada sistem saraf pusat.
- 3) Obat tambahan (adjuvan) atau koanalgesi

b. Penatalaksanaan non farmakologi

Penatalaksanaan non farmakologi menurut Nur'aeni (2021), merupakan tindakan pereda nyeri yang dapat dilakukan perawat secara mandiri tanpa tergantung pada petugas medis lain dimana dalam pelaksanaannya perawat dengan pertimbangan dan keputusannya sendiri. Banyak pasien dan anggota tim kesehatan cenderung untuk memandang obat sebagai satu-satunya metode untuk menghilangkan nyeri. Namun banyak aktifitas keperawatan non farmakologi yang dapat membantu menghilangkan nyeri, metode pereda nyeri nonfarmakologi memiliki resiko yang sangat rendah.

Meskipun tindakan tersebut bukan merupakan pengganti obat-obatan Salah satu tanggung jawab perawat paling dasar adalah melindungi klien/pasien dari bahaya. Ada sejumlah terapi non farmakologi yang mengurangi resepsi dan persepsi nyeri yang dapat digunakan pada keadaan perawatan akut, perawatan tersier dan pada keadaan perawatan restorasi.

Penatalaksanaan non farmakologi menurut Tamsuri (2021) terdiri dari intervensi perilaku kognitif yang meliputi:

1) Teknik distraksi

Teknik distraksi adalah suatu proses pengalihan dari fokus satu ke fokus yang lainnya atau perhatian pada nyeri ke stimulus yang lain. Jenis Teknik Distraksi Menurut Tamsuri (2021) teknik distraksi dibagi menjadi 5, yaitu:

- a) Distraksi visual dan audio visual cara yang sering di gunakan pada teknik ini adalah dengan mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang digemari seperti: melihat film keluarga, menonton televisi, membaca koran, melihat pemandangan, melihat gambar-gambar, dan melihat buku cerita bergambar, bermain game. Teknik audio visual adalah salah satu teknik yang efektif dalam melakukan pendekatan pada anak. Cara ini digunakan dengan cara mengalihkan perhatian anak pada hal – hal yang disukaiseperti menonton animasi animasi.
- b) Distraksi pendengaran seperti mendengarkan musik, mendengarkan radio yang disukai atau suara burung dan binatang yang lainnya serta gemercik air. Individu dianjurkan untuk memilih musik yang disukai dan musik tenang seperti musik klasik, bacaan ayat ayat suci, dan diminta untuk berkonsentrasi pada lirik dan irama lagu. Pasien juga diperkenankan untuk menggerakkan tubuh mengikuti irama musik seperti, menggeleng gelengkan kepala, menggerakkan jari-jemari atau mengayun ayunkan kaki.
- c) Distraksi pendengaran bernafas ritmik dianjurkan pada pasien untuk memandang fokus pada satu objek atau memejamkan mata dan melakukan inhalasi perlahan melalui hidung.
- d) Distraksi intelektual kegiatan mengisi teka-teki silang, bermain kartu, bermain catur melakukan kegiatan yang di gemari (di tempat tidur) seperti mengumpulkan perangko, menggambar dan menulis cerita.
- e) Imajinasi terbimbing adalah kegiatan anak membuat suatu hayalan yang menyenangkan dan fokuskan diri pada bayangan tersebut serta berangsur-angsur melupakan diri dari perhatian terhadap rasa nyeri. Imajinasi terbimbing membuat anak sibuk memusatkan perhatiannya pada suatu aktivitas yang menarik dan menyenangkan, dan merubah persepsi rasa sakit.

2) Teknik relaksasi

Menurut Tamsuri (2021) relaksasi adalah kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stres. Teknik relaksasi dapat memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik dan emosi pada nyeri. Teknik ini dapat digunakan pada kondisi sehat dan sakit. Pengertian teknik distraksi nafas

dalam adalah bentuk asuhan keperawatan, hal ini perawat mengajarkan cara teknik distraksi nafas dalam, nafas perlahan dan menghembuskan nafas secara berangsurangsur, hal tersebut dapat menurunkan rasa nyeri, ventilasi paru dapat meningkat dan oksigen darah meningkat (Asti Aristi, 2021). Tujuan teknik relaksasi menurut Asti Aristi (2021) antara lain :

- a) Menurunkan nadi, tekanan darah, dan pernapasan.
 - b) Penurunan konsumsi oksigen.
 - c) Penurunan ketegangan otot.
 - d) Penurunan kecepatan metabolisme.
 - e) Peningkatan kesadaran secara umum.
 - f) Kurang perhatian terhadap stimulus lingkungan.
 - g) Tidak ada perubahan posisi yang volunter.
 - h) Perasaan damai dan sejahtera.
 - i) Periode kewaspadaan yang santai, terjaga, dan dalam.
- 3) Teknik stimulasi kulit

Pijat refleksi atau reflexology merupakan ilmu yang mempelajari tentang pijat pada titik-titik tertentu di tubuh yang dapat dilakukan dengan tangan atau benda-benda seperti kayu, plastik, atau karet. Pijat refleksi juga diartikan sebagai jenis pengobatan yang mengadopsi kekuatan dan ketahanan tubuh sendiri, dengan cara memberikan sentuhan pijatan pada lokasi dan tempat yang sudah dipetakan sesuai zona terapi (Setiawan, 2019).

B. Konsep Dasar *Transurethral Resection of the Prostate* (TURP)

1. Definisi *Transurethral Resection Of The Prostate*

Menurut Tutiany, (2019) *Transurethral Resection Of The Prostate* (TURP) merupakan suatu operasi pengangkatan jaringan prostat lewat uretra menggunakan resektoskop. *Transurethral Resection Of The Prostate* (TURP) merupakan operasi tertutup tanpa insisi serta tidak mempunyai efek merugikan terhadap potensi kesembuhan.

Menurut Farisa, (2017) *Transurethral Resection Of The Prostate* (TURP) adalah prosedur pembedahan yang paling umum dilakukan pada pasien pria berumur diatas 60 pasien. Prosedur *transurethral resection of the prostate* (TURP) merupakan 90% dari semua tindakan pembedahan prostat pada pasien BPH. Tindakan *transurethral resection of the prostate* (TURP) lebih sedikit menimbulkan trauma dibandingkan prosedur bedah

terbuka dan memerlukan masa pemulihan yang lebih singkat. Secara umum, *transurethral resection of the prostate* (TURP) dapat memperbaiki gejala BPH hingga 90% dan meningkatkan laju pancaran urin hingga 100%.

Menurut Gleneagles Singapore, *Transurethral Resection Of The Prostate* (TURP) adalah prosedur pembedahan yang digunakan untuk merawat gejala Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) yang sedang hingga parah, juga dikenal sebagai pembesaran prostat. Selama *transurethral resection of the prostate* (TURP) dokter bedah memasukkan resectoscope (alat visual dan bedah) ke dalam uretra untuk mengikis kelebihan jaringan prostat, sedikit demi sedikit setiap kali. Pengangkatan jaringan prostatic yang mengganggu dengan menggunakan TURP memungkinkan aliran air kemih dari kandung kemih dipulihkan. TURP biasanya dilakukan di bawah pembiusan umum atau tulang belakang (Izza et al., 2021)

1. Indikasi *Transurethral Resection Of The Prostate*

Secara umum indikasi untuk metode TURP adalah pasien dengan gejala sumbatan yang menetap, progresif akibat pembesaran prostat atau tidak dapat diobati dengan terapi obat lagi. Indikasi TURP adalah gejala-gejala dari sedang sampai berat, volume prostat kurang dari 60 gram dan pasien cukup sehat untuk menjalani operasi (Aulia, 2021).

Berdasarkan *Agency for Health Care Policy and Research* untuk diagnosis dan penanganan pembesaran prostat dan rekomendasi dari *Second International Consultation on Benign Prostatic Hypertrophy*. Indikasi absolut untuk pembedahan primer dalam penanganan pembesaran prostat sebagai berikut: (Farisa, 2017)

- a. Retensi urine yang berulang.
- b. Infeksi saluran kemih rekuren karena pembesaran prostatic „gross hematuria rekuren
- c. Insufisiensi renal akibat obstruksi kandung kemih
- d. Batu pada kandung kemih
- e. Kerusakan permanen atau kelemahan pada kandung kemih
- f. Diverticulum kandung kemih yang besar menyebabkan pengosongan kandung kemih tidak sempurna akibat pembesaran prostat.

2. Komplikasi *Transurethral Resection Of The Prostate*

- a. Kesulitan berkemih yang temporer, efek anestesi dapat mengurangi sensasi ingin berkemih setelah operasi. Hal ini dapat menyebabkan pasien secara temporer kesulitan dalam berkemih.

- b. Infeksi saluran kemih bawah, luka insisi akibat TURP menyebabkan jaringan sekitar terpapar langsung dengan urine atau kateter dan dapat menyebabkan infeksi saluran kemih bagian bawah.
- c. Rendahnya natrium dalam darah merupakan komplikasi yang jarang terjadi, namun dapat menjadi berbahaya, sering juga disebut dengan *Syndrom Transurethral Resection (TUR)*. Hal ini terjadi ketika tubuh mengabsorpsi natrium yang digunakan untuk membilas luka reseksi *transurethral resection of the prostate*.
- d. Perdarahan yang berlebihan pada urine (hematuria), aliran urine, mengejan, jaringan reseksi yang masuk ke dalam kandung kemih dapat menyebabkan tercampurnya darah dengan urine.
- e. Kesulitan menahan untuk berkemih, sfingter urin internus akan hilang setelah *transurethral resection of the prostate*, pasien hanya mengandalkan sfingter urin eksterna.
- f. Disfungsi seksual, belum diketahui jelas penyebabnya, namun diderita kurang lebih 70% pasien pasca *transurethral resection of the prostate*. Hal ini dapat dikaitkan dengan fungsi prostat itu sendiri untuk mengeluarkan cairan yang dikeluarkan bersama dengan air mani saat ejakulasi..

4. Persiapan *Transurethral Resection Of The Prostate*

- a. Bila seseorang perokok maka harus berhenti merokok beberapa minggu sebelum operasi, untuk menghindari gangguan proses penyembuhan.
- b. Bila pasien menggunakan obat seperti aspirin dan ibuprofen maka harus berhenti paling tidak 2 minggu sebelum operasi. Hal ini berhubungan dengan bahwa obat tersebut mempengaruhi pembekuan darah.
- c. Beritahu tentang anestesi lumbal dan posisi saat berlangsung
- d. Riwayat penyakit harus kembali diinformasikan kepada bedah urologi seperti hipertensi, diabetes, anemia dan pernah mengalami operasi apa sebelumnya.
- e. Informasikan kepada bedah urologi tentang obat dan suplemen yang dikonsumsi, baik yang ada resepnya dari dokter atau non-resep.
- f. Pemeriksaan diagnostic (CBC, coagulation profile, urinalis, X-ray dan CT abdomen).
- g. Puasa paling tidak 8 jam sebelum operasi.

5. Mekanisme *Transurethral Resection Of The Prostate*

Transurethral Resection Of The Prostate (TURP) dilakukan dengan memakai alat yang disebut resektoskop dengan suatu lengkung diafthermi. Jaringan kelenjar prostat diiris selapis demi selapis dan dikeluarkan melalui selubung resektoskop. Perdarahan

dirawat dengan memakai diathermi, biasanya dilakukan dalam waktu 30 sampai 120 menit tergantung besarnya prostat. Selama operasi dipakai irigasi aquades atau cairan isotonik tanpa elektrolit. Prosedur ini dilakukan dengan anestesi regional. Setelah itu dipasang kateter nomor Ch 24 untuk beberapa hari. Sering dipakai kateter bercabang tiga atau satu saluran untuk spoel yang mencegah terjadinya pemantulan oleh pembekuan darah. Balon dikembangkan dengan mengisi cairan garam fisiologis atau akuade sebanyak 30-50 ml yang digunakan sebagai tamponade daerah prostat dengan cara traksi selama 6-24 jam. Traksi dapat dikerjakan dengan merekatkan ke paha pasien atau dengan memberi beban (0,5 kg) pada kateter tersebut melalui katrol. Traksi tidak boleh lebih dari 24 jam karena dapat menimbulkan penekanan pada uretra bagian penoskrotal sehingga mengakibatkan stenosis buli-buli karena iskemia. Setelah traksi dilonggarkan fiksasi dipindahkan pada paha bagian proximal atau 24-48 jam pasca bedah. Setelah urin yang keluar jernih kateter dapat dilepas. Kateter biasanya dilepas saat 4-5 hari kemudian. Untuk pelepasan kateter, berikan antibiotik 1 jam sebelumnya untuk mencegah urosepsis. Biasanya pasien boleh pulang setelah miksi baik, satu atau dua hari setelah kateter dilepas.

6. Konsep nyeri Post Operasi *Transurethral Resection Of The Prostate*

Kerusakan dan inflamasi pada nervus akan memicu rasa nyeri (Sueb & Triwibowo, Cecep, 2016). Nyeri yang dirasakan pada klien post operasi TURP dapat berupa perih dan sensasi panas pada bagian penis, yang disebabkan oleh tekanan balon kateter dan fiksasi yang terlalu kuat (Rosa & Sukesih, 2017).

Meskipun TURP berhasil dalam mengatasi BPH, prosedur pembedahan ini akan meninggalkan luka bedah yang menyebabkan nyeri pasca operasi. Nyeri pasca operasi adalah hal yang umum, namun intensitasnya bervariasi dari ringan hingga berat, dan dapat berkurang seiring prosedur penyembuhan luka (Tawale et al., 2016). Pada pasca pembedahan TURP 75% penderita akan merasakan nyeri dan memiliki pengalaman yang kurang menyenangkan akibat pengelolaan nyeri yang tidak adekuat (Aprina et al., 2017).

C. Konsep Asuhan Keperawatan Post Operasi *Transurethral Resection Of The Prostate*

Keperawatan post operatif adalah periode akhir dari keperawatan perioperatif. Menurut Sari, (2023) berikut asuhan keperawatan pada pasien dengan post operasi *transurethral resection of the prostate*:

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan. Pada tahap ini semua data atau informasi tentang Pasien yang dibutuhkan dikumpulkan dan dianalisa untuk menentukan diagnosis keperawatan (Ramadhania, 2022; & Syafahrahman, 2022).

a. Identitas pasien

Identitas Pasien terdiri dari : nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, suku/bangsa, alamat, diagnosis medis, tanggal masuk rumah sakit, tanggal operasi, tanggal pengkajian, no medrec.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama saat masuk Rumah Sakit

Menurut Indriani, (2019) biasanya klien mengeluh nyeri pada saat miksi, pasien juga mengeluh sering BAK berulang-ulang (anyang-anyangan), terbangun untuk miksi pada malam hari, perasaan ingin miksi yang sangat mendesak, kalau ingin miksi harus menunggu lama, harus mengedankencing terputus-putus.

Keluhan utama yang dirasakan oleh pasien dan berapa lama masalah tersebut telah mengganggu. Umumnya, keluhan yang paling dirasakan pasien yaitu nyeri saat berkemih yang juga dikenal sebagai disuria, serta kesulitan memulai berkemih yang sering disertai dengan mengejan. Untuk mendapatkan evaluasi yang komprehensif mengenai rasa nyeri yang dirasakan pasien, dilakukan pengkajian (PQRST) untuk mengkaji tingkat nyeri yang dirasakan pasien. Keluhan utama saat pengkajian

2) Riwayat kesehatan dahulu

Gangguan pada sistem kemih (sebelumnya pernah mengalami trauma, infeksi, hematuria, urolitiasis, atau pembedahan pada saluran kemih). Pernah mengonsumsi obat yang dapat menimbulkan keluhan berkemih atau tidak.

3) Riwayat penyakit dahulu

Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga. Penyakit yang sedang diderita keluarga. Adanya riwayat keluarga yang pernah mengalami BPH, hipertensi dan penyakit ginjal.

c. Pola kesehatan fungsional

1) Pola eliminasi

Pola BAK (frekuensi, warna, jumlah urine yang dikemihkan, catat harian waktu berkemih karena sangat berguna dengan pasien yang mengeluh nokturia sebagai keluhan yang menonjol).

2) Pola nutrisi-metabolik

Pada pola nutrisi dan metabolik difokuskan pada jumlah asupan cairan yang dikonsumsi serta kapan pasien mengkonsumsi asupan cairan dan berapa banyak cairan yang dikonsumsi pasien.

3) Pola kognitif-perseptual sensori

Persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan (P, Q, R, S, T)

- a) Paliatif/profokatif yaitu yang meningkatkan atau mengurangi nyeri
- b) Kualitas/Quantitas yaitu frekwensi dan lamanya keluhan dirasakan, deskripsi sifat nyeri
- c) *Regio*/tempatya lokasi sumber dan penyebarannya
- d) Skala yaitu derajat nyeri dengan menggunakan rentang nilai
- e) *Time* yaitu kapan keluhan dirasakan dan lamanya keluhan berlangsung.

Penelitian yang dilakukan oleh Ardani, (2018) pengkajian kenyamanan/nyeri didapatkan data klien mengeluh nyeri setelah menjalani operasi *transurethral resection of the prostate*, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada perut bagian bawah dengan skala 5 dan terjadi secara hilang timbul dengan durasi yang tidak menentu. Klien mengatakan nyeri bertambah saat BAK ataupun bergerak. Klien tampak tidak nyaman dan meringis menahan nyeri.

4) Pola seksual-reproduksi

Adakah gangguan hubungan seksual disebabkan oleh berbagai kondisi (fertilitas, libido, ereksi, pemakaian alat kontrasepsi). Adakah permasalahan selama melakukan aktifitas seksual (ejakulasi dini, impotent, nyeri selama berhubungan, perdarahan, dll) terutama terkait dengan penyakit yang diderita.

d. Pemeriksaan fisik kasus TURP

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada pasien post operasi *transurethral resection of the prostate*, antara lain, sebagai berikut.

1) Kondisi umum

Kesadaran Composmentis, somnolen, apatis, stupor, soporokoma, koma.
Penampilan lemah, pucat.

2) Kepala

Bentuk, rambut: warna, kebersihan, rontok, ketombe

3) Mata

Kemampuan penglihatan, ukuran pupil, reaksi terhadap cahaya, konjungtiva anemis/tidak, sklera ikterik/tidak, alat bantu, adanya sekret.

4) Hidung

Bagaimana kebersihannya, adakah secret, epistaksis, adakah polip, adakah nafas cuping hidung, pemakaian oksigen.

5) Telinga

Bentuk, hilang pendengaran, alat bantu dengar, serumen, infeksi, tinnitus

6) Mulut

Kesulitan/ gangguan bicara, pemeriksaan gigi, warna, bau, nyeri, kesulitan mengunyah/menelan, posisi trakea, benjolan di leher, pembesaran tonsil, bagaimana keadaan vena jugularis.

7) Abdomen

Pemeriksaan abdomen dilakukan dengan tehnik bimanual untuk mengetahui adanya hidronefrosis, dan pyelonefrosis. Saat palpasi terasa adanya ballotemen dan pasien akan merasa ingin miksi. Perkusi dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya residual urin (Purwanto, 2016).

8) Genetalia

Kebersihan daerah genital, adanya luka, tanda infeksi, bila terpasang kateter kaji kebersihan kateter dan adanya tanda infeksi pada area pemasangan kateter, adanya hemoroid.

9) Ekstremitas

a) Inspeksi kuku, kulit (warna, kebersihan, turgor, adanya edema, keutuhan, dll).

b) *Capillary refill*

c) Kemampuan berfungsi (mobilitas dan keamanan) untuk semua ekstrimitas yaitu kekuatan otot, koordinasi gerak dan keseimbangan, penggunaan alat bantu.

d) Bila terpasang infus :kaji daerah tusukan infus, kaji tandatanda infeksi pada daerah tusukan infus, adanya nyeri tekan yang berlebihan pada daerah tusukan infus.

10) Kulit

Kaji kebersihan, warna, kelembaban, turgor, adanya edema. Bila terdapat luka maka kaji keadaan luka (kebersihan luka, adanya jahitan, ukuran luka, adanya tanda infeksi pada luka, keadaan balutan luka).

11) Pemeriksaan colok dubur atau *Digital Rectal Examination* (DRE)

Aspek yang dinilai selama pemeriksaan ini adalah bentuk, kesimetrisan, kualitas, ada tidaknya nodul. Pemeriksaan ini menentukan apakah pasien menderita BPH atau kanker prostat. Pada penderita BPH didapatkan konsistensi prostat kenyal,

seperti meraba ujung hidung, lobus kanan dan kiri simetris, dan tidak nodul.
(Novendi, 2022).

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis post operasi dalam (SDKI, 2017) yang mungkin muncul adalah:

a. Nyeri akut (D.0077)

Tabel 2.4 Diagnosis Keperawatan Nyeri Akut

Definisi Nyeri akut merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai 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.	
Penyebab 1) Agen pencedera fisiologis (misal: inflamasi, iskemia, neoplasma) 2) Agen pencedera kimiawi (misal: terbakar, bahan kimia iritan) 3) Agen pencedera fisik (misal: Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)	
Tanda dan Gejala Mayor	
Subjektif 1) Mengeluh nyeri	Objektif 1) Tampak meringis 2) Bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri) 3) Gelisah 4) Frekuensi nadi meningkat 5) Sulit tidur
Tanda dan Gejala Minor	
Subjektif (tidak tersedia)	Objektif 1) Tekanan darah meningkat 2) Pola nafas berubah 3) Nafsu makan berubah 4) Proses berfikir terganggu 5) Menarik diri 6) Berfokus pada diri sendiri 7) Diaforesis
Kondisi Klinis Terkait 1) Kondisi pembedahan 2) Cedera traumatis 3) Infeksi 4) Sindrom koroner akut 5) Glaukoma	

b. Intoleransi Aktivitas (D.0056) di ganti gangguan eliminasi

Tabel 2.5 Diagnosis Keperawatan Intoleransi Aktivitas

Definisi

Intoleransi aktivitas merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.	
Penyebab	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen 2) Tirah baring 3) Kelemahan 4) Imobilitas 5) Gaya hidup monoton 	
Tanda dan Gejala Mayor	
Subjektif	Objektif
<ol style="list-style-type: none"> 1) Mengeluh lelah 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Frekuensi jantung meningkat > 20% dari kondisi istirahat
Tanda dan Gejala Minor	
Subjektif	Objektif
<ol style="list-style-type: none"> 1) Dispnea saat/setelah aktivitas 2) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3) Merasa lemah 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 3) Gambaran EKG menunjukkan iskemia Sianosis
Kondisi Klinis Terkait	
<ol style="list-style-type: none"> 1) Anemia 2) Gagal jantung kongesif 3) Penyakit jantung koroner 4) Penyakit katup jantung 5) Aritmia 6) Penyakit paru obstruksi kronis (PPOK) 7) Gangguan metabolik 8) Gangguan muskuloskeletal 	

c. Risiko Jatuh (D.0143)

Tabel 2.6 Diagnosis Keperawatan Risiko Jatuh

<p>Definisi Risiko jatuh merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.</p>
<p>Faktor Risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Usia \geq 65 tahun (pada dewasa) atau \leq 2 tahun (pada anak) 2) Riwayat jatuh 3) Anggota gerak bawah prosthesis (buatan) 4) Penggunaan alat bantu berjalan 5) Penurunan tingkat kesadaran 6) Perubahan fungsi kognitif 7) Lingkungan tidak aman (mis: licin, gelap, lingkungan asing) 8) Kondisi pasca operasi 9) Hipotensi ortostatik 10) Perubahan kadar glukosa darah 11) Anemia 12) Kekuatan otot menurun 13) Gangguan pendengaran 14) Gangguan keseimbangan 15) Gangguan penglihatan (mis: glaucoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus) 16) Neuropati 17) Efek agen farmakologis (mis: sedasi, alkohol, anestesi umum)
<p>Kondisi Klinis Terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Osteoporosis. 2) Kejang. 3) Penyakit sebrovaskuler. 4) Katarak. 5) Glaukoma. 6) Demensia. 7) Hipotensi. 8) Amputasi. 9) Intoksikasi. 10) Preeklampsia.

3. Perencanaan Keperawatan

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

Tujuan : Tingkat Nyeri (L.08066), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama.. jam, tingkat nyeri pasien menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun

- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun

Menurut (SIKI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosis diatas adalah :

Tabel 2.7 Intervensi Keperawatan Manajemen Nyeri

Manajemen Nyeri (I.08238)
Definisi
Manajemen nyeri adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengenali dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.
Tindakan
Observasi
<ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8) Memantau keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9) Memantau efek samping penggunaan analgetik
Terapeutik
<ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3) Fasilitasi istirahat dan tidur 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
Edukasi
<ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Anjurkan memantau nyeri secara mandiri 4) Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri
Kolaborasi
<ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring (D.0056)

Tujuan : Toleransi Aktivitas (L.05047), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama.. jam, toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan lelah menurun
- 2) Dispnea saat aktivitas menurun
- 3) Dispnea setelah aktivitas menurun
- 4) Frekuensi nadi membaik

Menurut (SIKI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosis diatas adalah :

Tabel 2.8 Intervensi Keperawatan Manajemen Energi

Manajemen Energi (L.05178)
Definisi
Manajemen energi adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan.
Tindakan
Observasi
<ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional 3) Monitor pola dan jam tidur 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas
Terapeutik
<ol style="list-style-type: none"> 5) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 6) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 7) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 8) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan
Edukasi
<ol style="list-style-type: none"> 9) Anjurkan tirah baring 10) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 12) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
Kolaborasi
<ol style="list-style-type: none"> 13) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

- c. Risiko Jatuh berhubungan dengan usia \geq 65 Tahun (D.0056)

Tujuan : Tingkat Jatuh (L.14138), (SLKI, 2018)

Setelah diberikan asuhan keperawatan selama.. jam, tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Jatuh dari tempat tidur menurun
- 2) Jatuh saat berdiri menurun

- 3) Jatuh saat duduk menurun
- 4) Jatuh saat berjalan menurun

Menurut (SIKI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosis diatas adalah :

Tabel 2.9 Intervensi Keperawatan Pencegahan Jatuh

Pencegahan Jatuh (I.14540)
Definisi
Pencegahan jatuh adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko pasien terjatuh akibat perubahan kondisi fisik, atau psikologis.
Tindakan
<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2) Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4) Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya
<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6) Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 7) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 8) Pasang handrail tempat tidur Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 9) Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 10) Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) 11) Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien
<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 12) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 13) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 14) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 15) Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 16) Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah anda tetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan,

mengobservasi respon Pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nugraha, 2020).

Implementasi yang dilakukan berdasarkan rencana keperawatan yang telah disusun untuk mengatasi nyeri akut dengan pemberian intervensi nonfarmakologis berupa terapi dzikir yang berhubungan dengan prosedur pasien post operasi *Transurethral Resection of the Prostate* (TURP).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses keperawatan yang mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan nonfarmakologi terapi dzikir untuk mengatasi nyeri akut. Evaluasi dilihat berdasarkan luaran Tim Pojka DPP PPNI (2018) yaitu diagnosis nyeri akut dengan luaran tingkat nyeri menurun dan kriteria hasil yang diharapkan setelah pemberian intervensi terapi dzikir: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun.

D. Konsep Terapi Dzikir

1. Definisi Terapi Dzikir

Dzikir secara bahasa berakar dari kata dzakara yang artinya mengingat, mengenang, memperhatikan, mengenal, mengerti dan mengambil pelajaran, dalam Alquran dimaksudkan dzikir Allah yang artinya mengingat Allah. Terapi dzikir merupakan serangkaian kegiatan untuk mengingat Allah SWT dengan relaksasi pikiran dan melantunkan ucapan berpujian kepada Allah SWT (Ridha, 2017 dalam Widiyanti, 2020).

Dzikir memiliki daya relaksasi yang dapat mengurangi ketegangan (kecemasan) dan mendatangkan ketenangan jiwa. Setiap bacaan dzikir mengandung makna yang sangat dalam yang dapat mencegah timbulnya stres. Bacaan yang pertama yaitu *Lailahailallah* memiliki arti tiada tuhan yang pantas disembah kecuali Allah Swt, keyakinan ini menimbulkan kontrol yang kuat dan dapat memaknai menerima setiap peristiwa yang tidak menyenangkan ke arah yang lebih positif. Dengan begitu individu dapat mengurangi ketegangan (kecemasan), mengatasi masalah kesehatan dan meningkatkan kekuatan mental dengan cepat.

Bacaan *Allahu Akbar*, dimana sungguh besarnya kekuasaan Allah, besar kekayaan Allah, besar ciptaan Allah sehingga menimbulkan sikap yang optimis sebagai sumber energi baru dalam semangat hidup dan menghapus rasa keputusasaan ketika seseorang

menghadapi keadaan yang mengganggu jiwanya, seperti sakit, rasa nyeri, depresi, kegagalan dan gangguan psikologis lainnya (Widuri, 2014 dalam Widiyanti, 2020).

2. Tujuan Terapi Dzikir

Tujuan dzikir menurut Arham, (2015) dalam Widiyanti, (2020), yaitu:

- a. Mengagungkan Allah SWT
- b. Mensucikan hati dan jiwa
- c. Mengagungkan Allah selaku hamba yang bersyukur
- d. Dzikir dapat menyehatkan tubuh
- e. Dapat menyembuhkan penyakit dengan metode ruqyah
- f. Mencegah manusia dari bahaya nafsu

3. Fisiologi Dzikir

Terapi dzikir menggunakan keterpaduan dan hubungan (*interconnectedness*) tubuh dan jiwa (*mind and body*) dengan cara mendekatkan diri kepada tuhan sang pencipta mencapai kepasrahan total dan berdzikir yaitu berdoa. Terapi dzikir dapat membangkitkan *relaxtion* response (RR). Terdapat beberapa tehnik untuk membangkitkan RR seperti *repetitive imagination or verbalization ofword*, berdoa (*player*), *progresive music relaxation, meditation* dan metode lain (Riyanto, 2018).

Sesaat setelah efek dari anastesi hilang otak menerima adanya stimulus nyeri yang kemudain terjadi pelepasan neurotransmitter inhibitor seperti opioid endogenus (edofrin dan enkefalin), serotonin (5HT), norepinefrin, dan asam aminobulirik gamma (GABA) yang bekerja untuk menghambat transmisi nyeri. Cara krja dzikir dapat ditinjau secara Religio Psiko Neuro Imunologi (RPNI). Pengucapan dzikir dengan penuh kesadaran akan berpengaruh sangat baik terhadap mekanisme imun tubuh, berdzikir akan membuat hati menjadi tenang, maka optimis atau keyakinan dan kepasrahan terhadap hidup itulah yang dapat mengurangi kegelisahan sehingga hormon endoprin otomatis akan keluar. Ketika hormon endofrin keluar, secara otomatis perasaan nyeri menjadi lebih berkurang (Riyanto, 2018).

4. Pengaruh Dzikir Terhadap Nyeri

Menurut (Lukman, 2016 dalam Widiyanti, 2020) yang menyatakan bahwa secara fiologis, terapi spiritual dengan berdzikir bermanfaat dalam kesehatan yakni dalam rpses penyembuhan. Hal ini terbukti berpengaruh terhadap relaksasi ketegangan pada otot dan saraf. Ketegangan pada otos saraf dapat berpotensi mengurangi daya tahan tubuh yang disebabkan oleh gangguan keseimbangan fungsi organ dalam tubuh. Dengan

menggunakan Al-quran sebagai media relaksasi, daya tahan tubuh dapat di pengaruhi sehingga mampu melawan penyakit dan membantu proses penyembuhan.

Melakukan dzikir merupakan penggerak emosi perasaan, dzikir ini muncul melalui rasa tenang keagungan dan keindahan Allah SWT, sehingga akan dapat pula mempengaruhi pola coping seseorang dalam menghadapi nyeri sebagai stressor, sehingga stress respon yang berbeda. Coping yang adaptif akan mempermudah seseorang mengatasi nyeri dan sebaliknya pola coping yang adaptif akan menyulitkan seseorang mengatasi nyeri (Ahmad, 2017 dalam Widiyanti, 2020).

5. Prosedur Terapi Dzikir

Langkah berdzikir untuk mengatasi nyeri menurut Soliman dan (Mohamed, 2015 dalam Widiyanti, 2020) yaitu:

- a. Mengatur posisi rileks.
- b. Menutup kedua mata.
- c. Melakukan nafas dalam agar tercapai relaksasi selama 5 menit.
- d. Berdzikir dengan mengucapkan bismilla terlebih dahulu kemudian dimulai dengan mengucapkan *subhanallah*, lalu *alhamdulillah*, *Allahuakbar*, dan *Laa ilaha illallah*. Masingmasing diucapkan 33 kali dalam waktu 10-15 menit. Pada saat mengucapkan dzikir diikuti dengan menghitung tasbih.
- e. Membuka kedua mata secara perlahan-lahan.

A. Jurnal Terkait

Tabel 2.6 Jurnal Terkait

No	Judul, Penulis, dan Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel dan Analisis)	Hasil
1	Pengembangan SOP Terapi Dzikir Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi <i>Benigna Prostat Hiperplasia</i> (BPH) (Widiyanti, 2023)	D : <i>Literature review</i> dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) terapi dzikir. S : 5 Jurnal. V : Terapi dzikir, nyeri post operasi <i>transurethral resection of the prostate</i> . A : Dokumentasi.	Pada penyakit BPH nyeri terbanyak dengan skala 8 – 10 (nyeri berat) sebanyak 33 (73,3%), responden dengan skala nyeri 4 – 7 (Skala Sedang) 12 responden. Setelah dilakukan terapi dzikir hasil nyeri terendah adalah nyeri dengan skala 4 – 6 (nyeri sedang) sebanyak 27 (60%), dan responden dengan skala ringan 18 (40%). Metode penulisan ini menggunakan literature review dengan Berdasarkan literature review yang dilakukan dari lima jurnal tersebut,

			maka didapatkan bahwa hasil pengembangan Standar Operasional Prosedur (SOP) terapi dzikir terhadap intensitas nyeri pada pasien pasca operasi <i>Benigna Prostat Hiperplasia</i> (BPH) sebanyak 15 prosedur.
2	Pengaruh Terapi Dzikir Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi Benigna Prostat Hyperplasia Di Rsud Ra .Kartini Jepara	<p>D : Penelitian kualitatif dengan menggunakan penelitian studi kasus (<i>case studies</i>).</p> <p>S : Pasien post operasi <i>transurethral resection of the prostate</i></p> <p>V : terapi dzikir, nyeri TURP</p> <p>A : Pengumpulan data dan reduksi data.</p>	Hasil menunjukkan bahwa pasien mampu mengontrol nyeri dengan terapi dzikir dan istighfar. Terapi Spiritual dengan dzikir dan istighfar, yaitu pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan suatu penyakit jiwa, kepada setiap individu, dengan kekuatan batin atau spiritual, berupa ritual keagamaan bukan pengobatan dengan obat-obatan, dengan tujuan untuk menguatkan keimanan seseorang sehingga dapat mengembangkan potensi dan fitrah keagamaannya secara maksimal, sehingga dapat disimpulkan bahwa penerapan terapi dzikir dan istighfar dapat mengontrol nyeri yang dialami pasien..
3	Pengaruh Mendengarkan Asmaul Husna Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Turp Di Rsu Kabupaten Tangerang	<p>D : Deskriptif <i>study case</i></p> <p>S : Pasien post operasi <i>transurethral resection of the prostate</i></p> <p>V : Terapi dzikir, nyeri TURP.</p> <p>A : Pengumpulan data dan reduksi data.</p>	Hasil menunjukkan terdapat perbedaan signifikan antara skor pada kedua kelompok ($Z = -1,968, p < 0,05$). Kelompok eksperimen menunjukkan perbedaan signifikan skor nyeri setelah intervensi diberikan. Dengan demikian, terapi dzikir sebagai intervensi secara efektif mampu menurunkan nyeri pada TURP.
4	Pengaruh Pemberian Terapi Dzikir Dalam Menurunkan Nyeri Pada Pasien Post Operasi (Yorpina & Ani, 2020)	<p>D : <i>Pre eksperimental one group pre post test design</i></p> <p>S : 38 responden dengan tehnik <i>accidental sampling</i>.</p> <p>V : Terapi dzikir, nyeri.</p> <p>A : Uji <i>Wilcoxon</i>.</p>	Hasil uji statistik dengan <i>Wilcoxon</i> dapat diungkapkan bahwa terdapat pengaruh pemberian terapi dzikir dalam menurunkan nyeri pada pasien post operasi dengan hasil <i>p-value</i> adalah 0,000. Ada

			<p>pengaruh terapi dzikir dalam menurunkan nyeri pada pasien post operasi. Diharapkan pelayanan keperawatan agar melakukan terapi dzikir tersebut dan diharapkan kepada pasien dapat melakukan terapi tersebut untuk menurunkan nyeri secara mandiri.</p>
5	<p>Pengaruh Terapi Dzikir Terhadap Skala Nyeri Pasien Post Operasi (Jannah & Muskhah, 2021)</p>	<p>D : <i>Pra experiment one group pretest and posttest without control</i></p> <p>S : Pasien post operasi.</p> <p>V : Terapi dzikir, nyeri.</p> <p>A : Uji <i>paired sample t test</i>.</p>	<p>Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa rerata skala nyeri sebelum perlakuan adalah 4,95 dan rerata skala nyeri sesudah diberikan terapi dzikir adalah 3,90. Sedangkan nilai signifikansi sebesar 0,000 ($p < 0,05$), sehingga terdapat pengaruh terapi dzikir terhadap skala nyeri pasien post operasi. Perawat diharapkan dapat mengaplikasikan terapi dzikir kepada pasien yang mengalami nyeri sebagai tindakan mandiri perawat dalam pengontrolan nyeri maupun dalam pengurangan nyeri pasien post operasi</p>
6	<p>Analisis Terapi Dzikir Terhadap Intensitas Nyeri Pada Penderita Hipertensi Bagi Lansia Di Palembang (Mussadas & Yofa, 2021)</p>	<p>D : metode kuantitatif dengan eksperimen semu (Pre-Eksperimen) one group <i>pretest dan posttest design</i></p> <p>S : 40 Pasien hipertensi</p> <p>V : Terapi dzikir, nyeri.</p> <p>A : Uji <i>paired sample t test</i>.</p>	<p>Rata-rata intensitas nyeri sebelum diberikan terapi zikir adalah 6,25 dengan standar deviasi 1,006 dan intensitas nyeri setelah diberikan terapi zikir adalah 3,53 dengan standar deviasi 1,062. Terlihat nilai mean perbedaan antara intensitas nyeri sebelum dan setelah diberikan terapi zikir bagi penderita hipertensi adalah 2,725 standar deviasi 0,599. Hasil uji statistik didapatkan nilai 0,000 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara intensitas nyeri sebelum diberikan terapi zikir dan intensitas nyeri setelah diberikan terapi zikir.</p>
7	<p>Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Dengan Penerapan Terapi Dzikir Asmaul Husna Pada Pasien Post</p>	<p>D : studi kasus deskriptif</p> <p>S : 5 pasien post operasi fraktur.</p>	<p>Dari kelima pasien setelah diberikan terapi dzikir asmaul husna pada pasien post operasi fraktur</p>

	Operasi Fraktur Di Rs Pku Muhammadiyah Gombong (Mulyani, 2021)	<p>V : Terapi dzikir, nyeri.</p> <p>A : Teknik observasi, wawancara dan studi dokumentasi.</p>	didapatkan data nyeri pasien mengalami penurunan dari tingkat nyeri sedang menjadi nyeri ringan.
8	Asuhan Keperawatan Pada Tn.A Dengan Terapi Dzikir Untuk Menurunkan Nyeri Pada Pasien Post Operasi Orif Fraktur Tibia Sinistra Di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2022 (Ronaldo, 2022)	<p>D : <i>Pra experiment one group pretest and posttest without control</i></p> <p>S : Pasien post ORIF.</p> <p>V : Terapi dzikir, nyeri.</p> <p>A : Uji <i>paired sample t test</i>.</p>	Intervensi dilakukan selama 3 hari berturut-turut diberikan terapi Dzikir untuk mengurangi nyeri pada pasien Post ORIF. Didapatkan evaluasi setelah dilakukan tiga hari implementasi yaitu mengalami penurunan intensitas skala nyeri pada hari pertama dari nyeri skala 7 ke nyeri skala 6, hari kedua skala nyeri klien 6 mengalami penurunan ke skala nyeri 5 dan pada hari ke tiga skala nyeri klien mengalami penurunan dari nyeri 5 ke nyeri 3. Klien tampak senang saat dilakukan terapi Dzikir dan klien tampak lebih nyaman setelah dilakukan terapi Dzikir.