

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Dengan tinjauan teori ini dapat diuraikan dengan beberapa konsep mendasari penelitian ini, yaitu : 1) Konsep BPH, 2) Konsep Dasar Asuhan Keperawatan, 3) Konsep Dasar Nyeri, dan 4) Penerapan Asuhan Keperawatan .

2.1 Tinjauan Teori Medis.

2.1.1 Pengertian BPH.

BPH (*Beningna Prostat Hiperplasia*) merupakan suatu penyakit, dimana yang dapat terjadi pembesaran dari kelenjar prostat yang diakibatkan oleh hiperplasia jinak dari sel-sel yang terjadi pada laki-laki berusia lanjut. Kelainan ini dapat ditentukan pada usia 40 tahun, dan frekuensinya makin bertambah sesuai dengan penambahan usia, sehingga usia di atas 80 tahun dapat diperkirakan mencapai 80% dari laki-laki yang menderita kelainan ini. (Aprina et al., 2017).

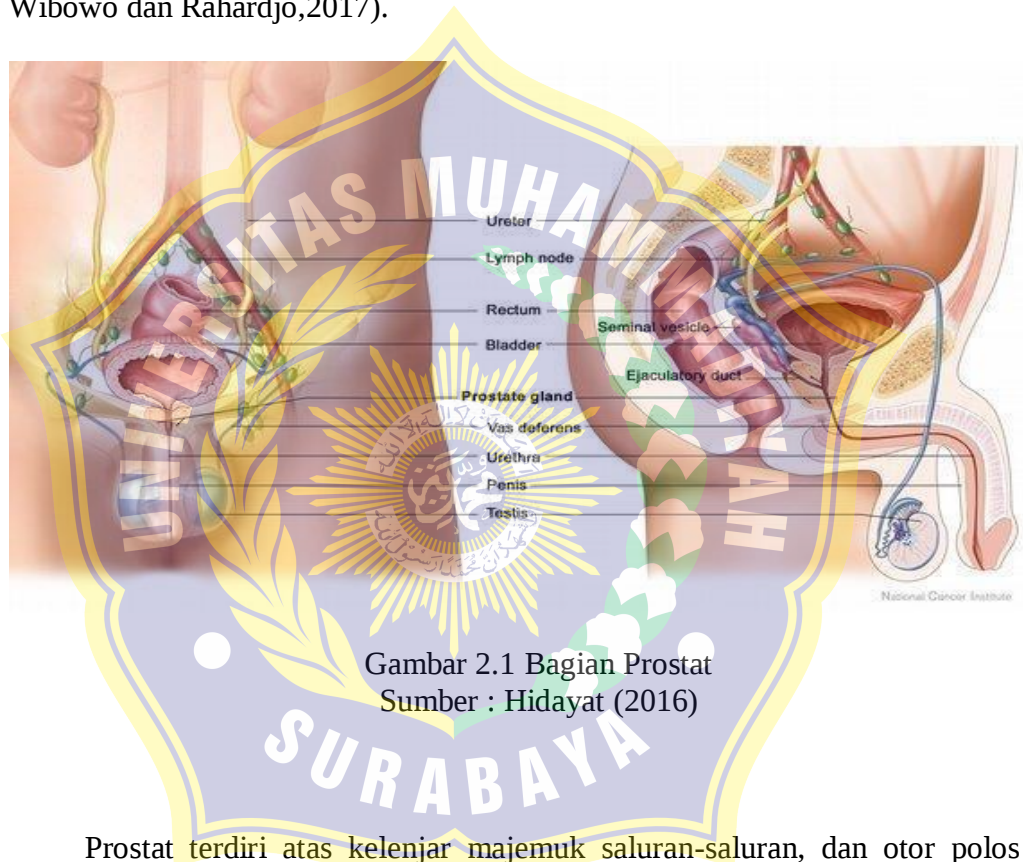
BPH sering terjadi di usia 50 -an karena penundaan buang air kecil yang berulang-ulang, yang menyebabkan pembesaran prostat secara progresif, menyebabkan obstruksi saluran kemih dengan derajat yang berbeda-beda, sehingga memerlukan perawatan khusus untuk memenuhi kebutuhan dasar buang air kecil. (Priority, 2023)

Menurut penulis BPH adalah pembesaran pada kelenjar prostat yang dialami oleh pria muda hingga dewasa dikarenakan beberapa faktor resiko yang berhubungan dengan terjadinya BPH. BPH bersifat jinak disebabkan oleh hiperplasia atau semua komponen prostat mengakibatkan penyumbatan uretra parts prostatika. BPH menyebabkan eliminasi urin dan nyeri saat berkemih.

2.1.2 Anatomi Dan Fisiologi BPH

1. Anatomi Prostat

Kelenjar prostat terletak dibawah kandung kemih memutar *uretra posterior* dan sebelah prosikmalnya berhubungan dengan buli-buli. Sedangkan bagian distalnya kelenjar prostat menempel sebagai otot dasar panggul. (Wibowo dan Rahardjo,2017).



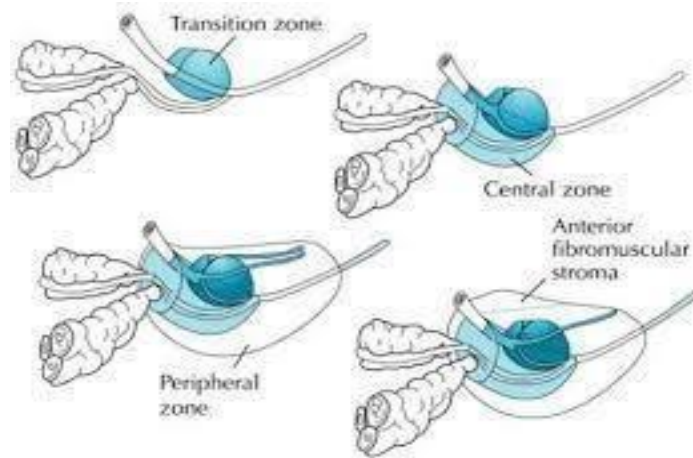
Gambar 2.1 Bagian Prostat
Sumber : Hidayat (2016)

Prostat terdiri atas kelenjar majemuk saluran-saluran, dan otot polos prostat dibentuk oleh jaringan kelenjar dan jaringan fibromuskular. Prostat dibungkus oleh capsula Fibrosa bagian yang mengandung capsula fibrosa dan jaringan pembuluh darah disebut plekus prostaticus. Fasia prostat berasal dari jaringan ikat panggul, yang berlanjut ke fasia atas diafragma urogenital dan menempel pada tulang kemaluan, memperkuatnya dengan ligamen prostat kemaluan. Fasia posterior membentuk sebuah lapisan. lebar dan tebal yang

disebut *fascia denovilliers*. *Fascia* ini sudah dilepas dari *fascia rectalis* dibelaknagnya. Hal ini penting bagi tindakan operasi prostat. (Purnomoo, 2016).

Kelenjar prostat merupakan suatu kelenjar yang terdiri dari 30-50 kelenjar yang terbagi atas empat lobus, lobus posteriorlobus laterlar, labus anterior, dan lobus medial. Lobus posterior yang terletak dibelakang uretra dan dibawah ductus ejakulatorius, lobus lateral yang terletak dikanan uretra, lobus anterior atau isthumus yang terletak di depan uretra dan menghubungkan lobus dekstra dan lobus sinistra, bagian ini tidak mengandung kelenjar dan hanya saja berisi otot polos, berikutnya lobus medial yang tertaruk diantara uretra dan duktus ejakulatorius banyak mengandung kelenjar ialah bagian yang menyebabkan terbentuknya uvula vesicae yang menonjol ke dalam vesica urinaria bila lobus medial ini membesar sebagai besar akibatnya terjadi tertutup nya aliran urin pada waktu berkemih (Birowo & Raharjo, 2017)

Kelenjar ini terdapat pada laki-laki dewasa kurang lebih sebesar buah walmut atau buah kenari besar. Ukuran panjangnya sekitar 4-6 cm lebar 3-4 cm dan tebalnya kurang lebih 2-3 cm dengan berat sekitar 20 gram. Bagian prostat terdiri dari 50-70% jaringan kelenjar, 30-50% adalah jaringan stroma atau penyangga dan kapsul atau muskuler (Sugandi,2017)



Gambar 2.2 Bagian Prostat
Sumber : Hidayat (2016)

Prostat adalah *inervasi otonomik simpatik dan parasimpatik* dari *plekus prostatikus* atau *pleksus pelvikus* yang menerima masukan serabut *parasimpatik* dari *korda spinalis* dan *simpatik* dari *nervus hipogastrikus*. Rangsangan *parasimpatik* meningkatkan sekresi kelenjar pada epitel prostat sedangkan rangsangan *simpatik* menyebabkan pengeluaran cairan prostat ke dalam *uretra posterior*, seperti pada saat ejakulasi. Sistem *simpatik* memberikan *inervasi* pada otot polos prostat, kapsulaprostata dan leher buli-buli. Ditempat itu terdapat banyak *reseptor adrenergic*. Rangsangan *simpatik* menyebabkan dipertahankan tonus otot tersebut. usia lanjut sebagian pria akan mengalami pembesaran kelenjar prostat akibat hiperplasia jinak sehingga bisa tertutup uretra posterior dan mengakibatkan terjadinya obstruksi saluran kemih (Purnomo,2016)

2. Fisiologi

Fisiologi prostat adalah suatu alat tubuh yang terhangat kepada pengaruh endokrin. Bagian yang peka terhadap *estrogen* adalah bagian tengah, sedangkan bagian tepi peka terhadap *androgen*. Oleh karena itu pada orang tua bagian

tengahlah yang mengalami *hiperplasi* karena sekresi androgen berkurang sehingga kadar *estrogen* relatif bertambah. Sel sel kelenjar prostat dapat membentuk enzim asam *fosfatase* yang paling aktif bekerja pada Ph5 (Sugandi,2017)

Kelenjar prostat mensekresi sedikit cairan yang berwarna putih susu dan bersifat alkalis. Cairan ini mengandung asam sitrat asam *fosfatase* kalsium dan *koagulase* serta *fibrinolisis*. Selama pengeluaran cairan prostat, kapsul kelenjar prostat akan berkontraksi bersamaan dengan kontraksi *vas deferens* dan cairan prostat keluar bercampur dengan semen yang lainnya. Cairan prostat merupakan 70% volume cairan ejakulat dan berfungsi memberikan makanan *spermatozon* dan menjaga agar *spermatozon* tidak cepat mati di dalam tubuh wanita, dimana sekret vagina sangat asam (PH: 3.5-4) Cairan ini dialirkan melalui *duktus skretorius* dan bermuara di *uretra posterior* untuk kemudian dikeluarkan bersama cairan semen yang lain pada saat ejakulasi. Volume cairan prostat kurang lebih 25% dari seluruh volume ejakulat. Dengan demikian sperma dapat hidup lebih lama dan dapat melanjutkan perjalanan menuju tuba uterina dan melakukan pembuahan, sperma tidak dapat bergerak optimal sampai PH cairan sekitarnya meningkat 6-6,5 akibatnya mungkin terdapat cairan prostat menetralkan kesamaan cairan dan lain tersebut setelah ejakulasi dan sangat meningkatkan pergerakan dan fertilitas sperma. (Birowo & Rahardjo, 2017)

2.1.3 Etiologi

Penyebab pasti BPH saat ini belum diketahui. Namun yang pasti prostat sangat bergantung pada hormon androgen. Faktor yang lain berkaitan erat dengan BPH adalah proses penuaan. Ada beberapa kemungkinan penyebabnya antara lain :

1. Dihidrotestosteron

Peningkatan regulasi 5 alfa reduktase dan reseptor androgen menyebabkan hiperplasia epitel prostat dan stroma.

2. Perubahan keseimbangan hormon estrogen-testosteron

3. Pada pria seiring bertambahnya usia, jumlah hormon estrogen meningkat dan jumlah dan testosteron menurun, yang menyebabkan hipertrofi stroma.

4. Interaksi stroma-epitel

5. Peningkatan faktor pertumbuhan epidermal atau faktor pertumbuhan fibroblas dan penurunan faktor pertumbuhan transformasi beta menyebabkan pertumbuhan berlebih stroma dan epitel.

6. penurunan sel yang mati

7. Peningkatan kandungan Estrogen yang memperpanjang umur stroma dan epitel prostat.

8. Teori sel induk

9. Proliferasi sel induk yang tidak normal dikatakan menyebabkan kelebihan produksi sel stroma dan sel epitel prostat.

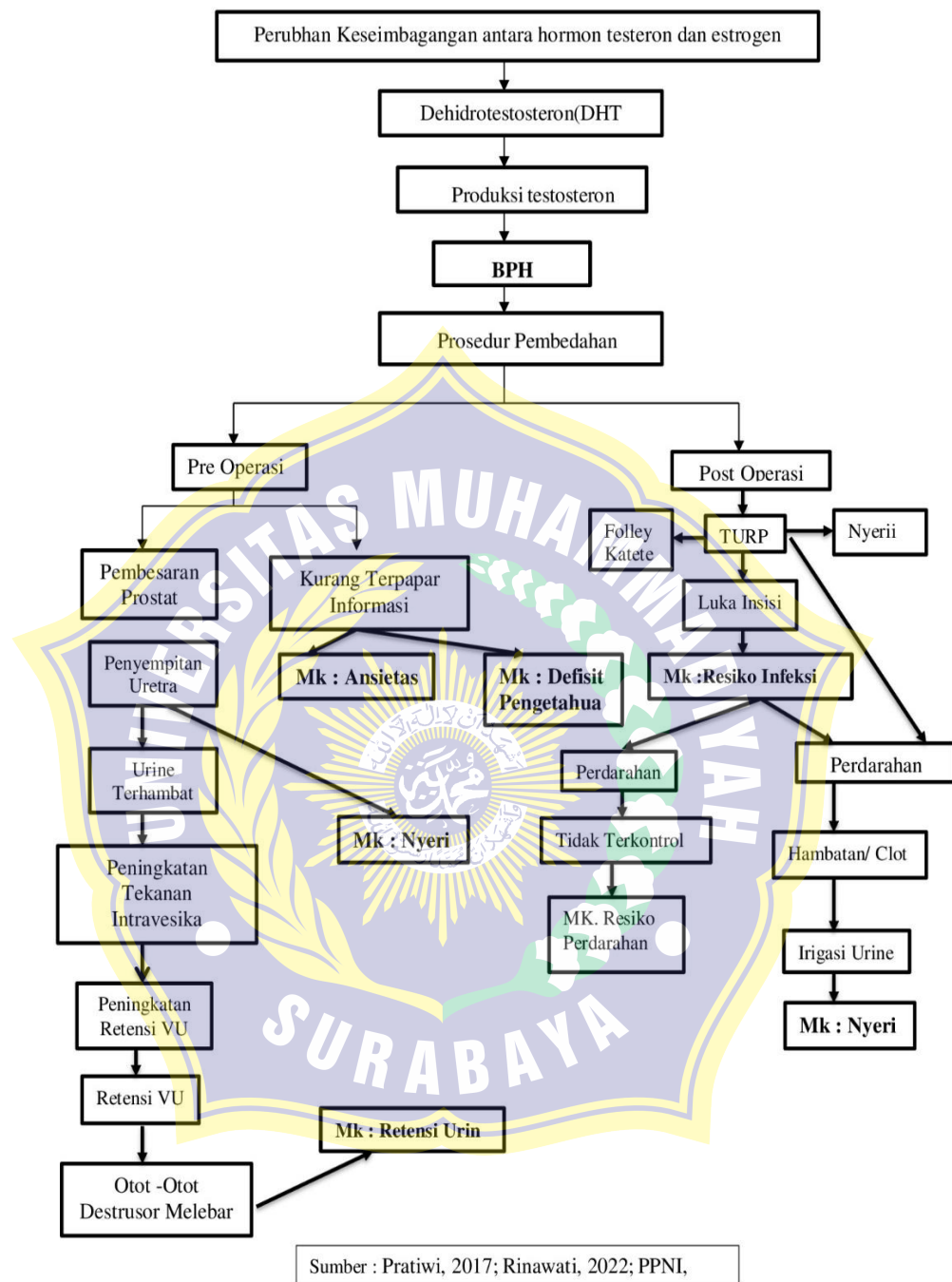
2.1.4 Patofisiologi

PH terbentuk zona transisi prostat tempat sel stroma dan sel epitel berinteraksi. Hormons seks dan respon sitokin mempengaruhi pertumbuhan sel tersebut. Pada prostat enzim 5 alpha reduktase mengubah testosteron menjadi dihidrotestosteron (DHT). DHT adalah androgen yang diyakini sebagai media utama dalam perkembangan BPH. Kadar HDT pada prostat cukup tinggi pada pasien BPH. Sitoksin mempengaruhi pembesaran prostat dengan memulai respon inflamasi dengan menginduksi sel epitel, ketika uretra menyempit karena hiperplasi

prostat menyebabkan muncul gejala obstruktif seperti hiperaktivitas kandung kemih, peradangan, dan aliran urin yang lemah. Perubahan mikroskopis pada prostat terjadi pada pria berusia 30 sampai 40 tahun, apabila perubahan mikroskopis berkembang, terjadi perubahan anatomi patologis pada usia 50 tahun. Perubahan hormon mengakibatkan hiperplasi jaringan penyangga stroma dan elemen kelenjar prostat (Skinder et,al.2016)



WOC



Gambar 2.3 Bagan Patofisiologi

2.1.5 Manifestasi Klinis

Gejala hiperplasia prostat jinak seringkali berupa Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), terdapat 2 katagori utama yaitu gejala obstruksi dan gejala iritasi.

1. Gejala obstruksi meliputi :

Hesitancy yaitu memulai buang air kecil dalam waktu lama dan disertai dengan mengejan karena otot destrusor kandung kemih membutuhkan waktu untuk meningkatkan tekanan intravesikal guna mengurangi tekanan yang diberikan oleh uretra prostatika.

- a. Intermittency yaitu terputusnya aliran urine karena otot destrusor
- b. tidak dapat menahan tekanan intravesikal sampai berakhirnya buang air kecil.
- c. Pemancran lemah yaitu kelemahan pada kekuatan dan kapasitas
- d. destrusor membutuhkan waktu untuk mengatasi tekanan pada uretra
- e. Ketidakpuasan setelah buang air kecil berakhir
- f. Terminal dribbling yaitu menetesnya urine setelah buang air kecil
- g. berakhir.

2. Gejala iritasi meliputi

- a. Frekuensi yaitu berkemih lebih sering dari biasanya
- b. Urgensi urin yaitu sensai tidak mampu menahan keinginan untuk berkemih
- c. Nokturia yaitu terbangun pada malam hari untuk buang air kecil
- d. Inkontinensia urine yaitu kondisi kehilangan kontrol kandung
- e. kemih atau sulit menahan buang air kecil sehingga mengompol

f. Disuria adalah rasa sakit atau nyeri yang dirasakan saat buang air kecil .

(Purwanto,2016)

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien BPH meliputi :

1. Urinalisis

Pemeriksaan ini dapat memastikan adanya leukosituria dan hematuria atau tidak. Urinalisi diperlukan untuk menyingkirkan kemungkinan terjadinya infeksi saluran kemi, prostatitis, cystolithiasis dan batu ginjal sebagai penyebab gejala LUTS Pada pasien.

2. Prostate Specific Antigen (PSA)

Tujuan pemeriksaan ini adalah untuk mengevaluasi jalannya BPH. Tingkat PSA yang tinggi menunjukkan kerentanan terhadap retensi urin akut, peningkatan volume prostat yang lebih cepat, dan gejala BPH yang lebih parah.

3. Uroflowmetri (Pancaran Urine)

Uroflowmetri bertujuan untuk mendeteksi saluran kemih bagian bawah sehingga dapat diperoleh informasi perihal volume berkemih, laju aliran maksimum, laju aliran rata-rata waktu yang diperlukan untuk mencapai laju aliran maksimum dan durasi aliran.

4. Residu Urine

Residu urin adalah ukuran berapa banyak urine yang tersisa di kandung kemih setelah pasien miksi. Pada pria biasanya memiliki rata-rata sisa urine 12 ml, sisa urine dapat diukur dengan metode kateterisasi dan USG atau pemeriksaan kandung kemih.

5. Pemeriksaan Radiologi

Pemeriksaan ini di tunjukkan untuk mengkaji bentuk dan ukuran prostat dilakukan dengan menggunakan USG transabdominal atau transrectal (Novendi,2022)

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang ada pada pasien BPH terdiri dari terapi konservatif. (*watchful waiting*), medikamentosa, dan pembedahan.

1. Terapi konservatif

Pada terapi konservatif ini pasien tidak akan diberikan pengobatan oleh dokter. Namun dokter akan tetap memantau perkembangan penyakit BPH yang dialami pasien. Pemantauan ini biasanya dilakukan melalui kunjungan kontrol berkala setiap tiga sampai enam bulan untuk memantau keluhan, skor IPPS, uroflowmetri, dan volume residu urine. Tetapi ini disarankan untuk pasien dengan keluhan ringan, tidak mengganggu aktivitas sehari-hari dan memiliki skorIPPS <7. Apabila keluhan BPH semakin parah, terapi lain yang lebih efektif harus dilakukan untuk menggantikan teraoi ini. Disamping itu pasien juga diberikan edukasi tentang faktor-faktor resiko dan cara-cara pencegahan BPH. Edukasi ini akan mencakup saran untuk mengurangi komnsumsi minum, kopi, atau miunuman alkohol.

2. Medikamentosa

a. α -blocker

α -blocker bekerja dengan menghambat kontraksi lapisan otot polos dinding prostat, sehingga mengurangi tahanan pada kandung kemih dan uretra. Terdapat beberapa jenis obat seperti terazosin, doxazosin, alfuzosin, dan

tamsulosin yang diminum 1x sehari dengan dosis yang perlu ditirasi.

Penurunan skor IPSS terjadi pada sekitar 30% samapi 45% pada pasien.

b. 5α -reductase inhibitor

5α -reductase inhibitor bekerja dengan menginduksi apoptosis pada sel epitel prostat melalui inhibisi isoenzim 5α -reductase, sehingga dapat mengurangi volume prostat. Terdapat dua jenis obat golongan ini, yaitu finasteride dan dutasteride. Keduanya bekerja menghasilkan efek setelah 6 bulan. Finasterid direkomendasikan untuk pasien dengan ukuran prostat >40 ml, sedangkan dutasteride direkomendasikan untuk pasien dengan ukuran prostat >30 ml.

c. Terapi Kombinasi

Pada terapi kombinasi ini penggabungan manfaat dari dua golongan oabt yaitu α -blocker dan 5α -reductase inhibitor yang dapat menciptakan efek sinergis, selain itu keuntungannya yaitu dapat mempercepat efek klinis obat, karena butuh waktu berbulan-bulan untuk obat golongan 5α -reductase inhibitor menunjukkan perubahan klinis, serta lebih efektif dalam mengurangi terjadinya retensi urin dan progesi kerah kanjer, namun kombinasi oabt ini dapat meningkatkan resiko efek samping, sehingga pengobatan ini diperuntukkan bagi pasien dengan gejala sedang hingga berat dan resiko perkembangan yang tinggi. (Sutanto,2021)

3. Pembedahan

a. Transuretharl sirculation of the prostate (TURP)

TURP adalah pembedahan invasif minimal pasien BPH dengan volume prostat 30 samapi 80 cc. Pembedahan ini dilakukan menggunakan

resektoskop yang dimasukkan lewat saluran uretra untuk mencapai kelenjar prostat. Resektoskop mampu memotong jaringan yang menonjol ke dalam saluran uretra prostatika dalam wujud fragmen-fragmen kecil. Fragmen fragmen tersebut selanjutnya dievakuasi dari kandung buli-buli menggunakan cairan irigasi (indah & Prasetyo, 2022)

b. Laser Prostatektomi

Tindakan ini digunakan untuk menghancurkan jaringan hiperplastik prostat dengan sinar bersinerfi. Saat pasien sedang menjalani terapi antikoagulan yang tidak dapat dihentikan karena resiko tinggi mengalami emboli, penggunaan laser dalam penanganan yang invasif sangat disarankan.

c. Transurethral Insision Of The Prostat (TUIP)

Tindakan ini bertujuan untuk menimbulkan nekrosis dan kaogulasi jaringan prostat. Salah satu akibat tindakan tersebut yaitu penggunaan kateter dalam jangka waktu lama, namun tidak memerlukan perawatan inap di rumah sakit. (Sutanto, 2021)

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi pada pasien Beningn Prostat Hiperplasia (BPH) Diantaranya adalah :

1. Retensi Urine Akut (AUR)

Retensi urine merupakan ketidakmampuan untuk buang air kecil, penderita BPH yang mengalami retensi urine memerlukan bantuan kateterisasi untuk mengosongkan kandung kemih dari urine.

2. Infeksi Saluran Kemih (ISK)

BPH dapat menyebabkan penderita kesulitan mengosongkan kandung kemih secara sempurna, sehingga kemungkinan meningkatkan resiko terjadinya infeksi saluran kemih (ISK).

3. Batu kandung Kemih

Batu kandung kemih terbentuk karena penderita BPH tidak dapat mengosongkan kandung kemih dengan sempurna. Apabila ukurannya semakin membesar, batu dapat menimbulkan infeksi, mengiritasi kandung kemih, dan menghambat keluarnya urine.

4. Kerusakan Ginjal

Tekanan pada kandung kemih karena retensi urine yang berkelanjutan bisa merusak ginjal dan dapat menyebarkan infeksi kandung kemih hingga ke ginjal.

2.2 Konsep Nyeri

2.2.1 Definisi Nyeri

Nyeri merupakan sensasi yang sulit, unik, dan universal yang bersifat individual. Dikatakan bersifat individual karena respon individual terhadap sensasi nyeri beragam dan tidak bisa disamakan satu dengan yang lainnya. Hal ini menjadi dasar bagi perawat mengatasi nyeri pada pasien. (Asmandi, 2018)

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif, perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. (Tetty, 2016)

Nyeri adalah pengalaman sensori nyeri dan emosioanal yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual dan potensial yang

tidak menyenangkan yang terlokasi pada suatu bagian tubuh mauoun sering disebut dengan istilah destruktif dimana jaringan rasanya seperti ditusuk-tusuk, panas, terbakar, sperti emosi, perasan takut dan mual, (Judha,2017)

2.2.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

1. Agen Pencedera Fisiologis.

Contohnya : Inflamasi, Iskemia, Neoplasma.

2. Agen Pencedera Kimiawi.

Contohnya : Terbakar, bahan kimia iritan

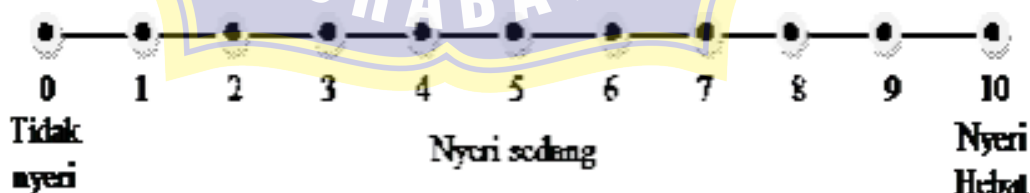
3. Agen Pencedera Fisik.

Contohnya : Abses, amputasi, terbakar, terpotong, prosedur operasi, trauma.

2.2.3 Skala Nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri, namun pengukuran dengan teknik ini juga dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri.

Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan skala sebagai berikut :



Gambar 2.4 Skala Nyeri

1. Skala Numerik Rating Scale

2. Skala Deskriptif

Keterangan :

0	Tidak Nyeri
1-3	Nyeri Ringan Secara objektif dapat berkomunikasi dengan baik
4-6	Nyeri Sedang
7-10	Nyeri Sangat berat pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi.

2.2.4 Gejala Dan Tanda

Gejala merupakan sesuatu yang dirasakan seseorang jika menderita suatu penyakit. Tanda merupakan sesuatu yang menunjukkan seseorang jika menderita suatu penyakit. Tanda dan gejala merupakan informasi yang diperlukan untuk merumuskan diagnosa keperawatan.

1. Gejala dan tanda mayor

Subjektive : Mengeluh Nyeri

Objective : Tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, insomnia.

2. Gejala dan tanda minor

Subjektive : Tidak tersedia

Objective : Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses pikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri.

2.2.5 Klasifikasi Nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan durasinya dibedakan menjadi nyeri akut dan nyeri kronik.

1. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional yang dimulai secara tiba-tiba atau perlahan dan mempunyai intensitas ringan sampai berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2. Nyeri Kronik

Nyeri kronis merupakan diagnosis yang menutupi yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan serangan mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.

2.2.6 Nyeri Akut

1. Definisi

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 (SDKI, 2016)

2. Penyebab

- a. Agen pencedra fisiologis (Mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen pencedra kimiawi (mis, Terbakar, bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (mis Abses, amputasi, terbakar, prosedur operasi trauma)

3. Gejala dan Tanda

Mayor Subjektif : mengeluh nyeri

Objektif :

- a. Tampak meringis
- b. Bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri)
- c. Gelisah
- d. Frekuensi nadi meningkat
- e. Sulit tidur

4. Gejala dan Tanda minor

Subjektif : Tidak tersedia

Objektif :

1. Tekanan darah meningkat
2. Pola napas berubah
3. Nafsu makan berubah
4. Proses berpikir terganggu
5. Menarik diri
6. Berfokus pada diri sendiri
7. Diaforesis

5. Kondisi Klinis Terkait

- a. Kondisi pembedahan
- b. Cedera traumatis
- c. Infeksi
- d. Sindrom koroner akut
- e. Glaukoma

2.2.7 Respon Fisiologis Terhadap Nyeri

Perubahan fisiologis dianggap sebagai indikator nyeri yang lebih akurat dibandingkan laporan verbal pasien. Respon fisiologis harus digunakan sebagai pengganti untuk laporan verbal dari nyeri pada pasien tidak sadar dan jangan digunakan untuk mencoba memvalidasi laporan verbal dari nyeri individu.

Respon fisiologis terhadap nyeri sangat membahayakan terhadap individu. Pada saat implus nyeri naik ke medulla spinalis menuju ke batang otak dan hipotalamus sistem saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai bagian dari respon stress, stimulasi pada cabang simpatis pada sistem saraf otonom menghasilkan respon fisiologis. Apabila nyeri terus menerus, berat dalam satu visceral maka sistem saraf simpatis akan menghasilkan suatu aksi. (Smeltzer & Bare, 2016).

2.2.8 Tujuan Strategi Penatalaksanaan Nyeri

Menurut Andarmoyo (2017), dalam dunia keperawatan nyeri dilakukan dengan tujuan sebagai berikut :

1. Mengurangi intensitas dan keluhan nyeri
2. Menurunkan kemungkinan berubahnya nyeri akut menjadi gejala nyeri kronis yang persisten.
3. Mengurangi penderita ketidakmampuan atau tidak berdaya akibat nyeri.
4. Meminimalkan reaksi yang tak diinginkan atau intoleransi terhadap terapi nyeri.
5. Meningkatkan kualitas hidup pasien dan mengoptimalkan kemampuan pasien untuk menjalankan aktifitas pasien sehari-hari.

2.2.9 Karakteristik Nyeri

Menurut Andarmoyo (2017), untuk membantu pasien dalam mengutarakan masalah untuk keluhannya secara lengkap, pengkajian yang dilakukan untuk mengkajikarakteristik nyeri bisa menggunakan pendekatan analisis symptom. Komponen pengkajian analis symptomp meliputi (PQRST) : P (Paliatif / profocatif = yang menyebabkan timbulnya masalah), Q (Quantit/Quality = kualitas dan kuantitas nyeri yang dirasakan), R (Region: lokasi Nyeri), S (Severity : Keparahan), T(Time : waktu).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan BPH

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pada tahap pengkajian keperawatan tersusun dari beberapa data subyektif dan obyektif. Anamnese meliputi identitas, riwayat kesehatan, pola perilaku kesehatan dan penelitian penunjang. Pelaksanaan pengkajian memerlukan teknik khusus dari perawat terutama pada saat pengumpulan data yaitu, penggunaan teknik komunikasi dan teknik terapeutik yang efektif. (tarwoh & wardah,2015)

2.3.1.1 Tahap pengumpulan data

1. Identitas Pasien

Nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku atau bangsa, alamat, diagnosa medis, tanggal dan jam masuk, dan no register.

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Keluhan yang biasa muncul pada pasien Beningna Prostat Hiperplasia (BPH) Post op TURP adanya nyeri yang berhubungan dengan spasme buli-buli.

b. Riwayat penyakit sekarang

Pada pasien BPH keluhanannya adalah frekuensi, nokturia, urgensi, disuria, aliran melemah, ketidakpuasan setelah berkemih, hestensi (kesulitan memulai berkemih), intermittency (buang air kecil terputus-putus), dan waktu berkemih yang lama dan akhirnya retensi urin.

c. Riwayat penyakit dahulu

Kaji apakah pasien pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya dengan penyakit seperti yang sekarang. Kaji apakah mempunyai riwayat infeksi saluran kemih (ISK), apakah ada riwayat kanker prostat, apakah pasien pernah menjalani operasi prostat.

d. Riwayat penyakit keluarga

Anamnesa bagi anggota keluarga yang mengalami penyakit seperti yang dialami pasien, apakah ada anggota keluarga yang mengalami penyakit kronis lainnya.

e. Riwayat Pekerjaan dan Pola hidup

Pada pasien dengan BPH biasanya muncul dikarenakan faktor penuaan.

f. Genogram

Untuk mengetahui hubungan di antara anggota keluarga, masalah medis, dan psikologis keluarga.

3. Pola Fungsi Kesehatan

Proses kesehatan fungsional menurut Gordon dalam Aspiyani (2016), yaitu :

a. Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Pada kasus BPH, biasanya terjadi pada pasien laki-laki yang berusia di atas 50 tahun (degeneratif) dan biasanya tidak memperhatikan kesehatannya,

serta jarang memeriksakan kesehatannya ke layanan kesehatan.

Pemeriksaan : Pasien berjenis kelamin laki-laki, pasien tampak kebingungan dengan penyakitnya..

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Pada pola nutrisi dan metabolisme di fokuskan pada jumlah asupan cairan yang dikonsumsi karena efek penekanan atau nyeri abdomen (pada pre operasi) maupun efek dari anastesi pada post operasi BPH, sehingga terjadi gejala : anoreksia, mual, muntah, tindakan yang perlu dikaji awasi masukan dan pengeluaran baik cairan maupun nutrisinya. serta kapan pasien mengkonsumsi asupan cairan dan berapa banyak cairan yang dikonsumsi pasien. **Pemeriksaan** : Pada pasien BPH Post OP BPH TURP evaluasi penurunan berat badan, abdomen dan integumen pada pasien BPH post op TURP.

c. Pola Eliminasi

Pasien BPH dapat mengalami masalah eliminasi yang terjadi akibat prosedur invasif. Prosedur ini dilakukan dengan memasukkan kateter tiga arah ke dalam uretra hingga kantung kemih dengan tetap menjaga irigasi aseptik. Pastikan urin mengalir dengan lancar sebelum memulai irigasi terus menerus dengan kecepatan tetesan 30 tetes per menit atau membanjiri. Tujuan dari irigasi kantung kemih adalah untuk menjaga urin tetap berwarna dan bebas dari gumpalan akibat pendarahan. Perdarahan terjadi akibat adanya luka yang memberikan irigasi, sehingga darah akan menggumpal pada saluran kemih dan menimbulkan rasa tidak nyaman. Irigasi dilakukan untuk mencegah sumbatan perdarahan dan penggumpalan

yang mungkin terjadi pasca proses operasi TURP. Pemeriksaan :
 Pengamatan warna irigasi pada pasien pasca op TURP, pemeriksaan fisik
 yang berhubungan dengan abdomen, genitalia dan prostat. Kandung kemih
 : terdapat tonjolan pada daerah supra pubis – retensi urin, akan terasa
 ballotement yang menyebabkan pasien ingin buang air kecil – Retensi urin:
 berwarna gelap – sisa urin

d. Pola istirahat

Dengan pasien BPH biasanya istirahat dan tidurnya terganggu disebabkan
 karena adanya nyeri pinggang dan BAK yang keluar terus menerus dimana
 hal ini dapat mengganggu kenyamanan pasien. **Pemeriksaan** : Observasi
 pola tidur seperti keadaan mata, warna kantong mata.

e. Pola aktifitas dan latihan

Terdapat keterbatasan aktivitas pada pasien BPH karena kondisi pasien
 yang lemah terpasang kateter selama 6-4 jam pada paha yang
 dilakukan perekatan kateter tidak boleh fleksi selama traksi masih
 diperlukan, pasien juga merasa nyeri pada prostat dan pinggang pasien BPH
 aktivitasnya sering dibantu oleh keluarga. **Pemeriksaan** : penilaian
 perkembangan fisik yang menunjukkan makan, berpakaian, memcuci,
 toileting, mobilitas, skala kekuatan otot, ROM, TTV, perawatan diri,
 keterampilan., pemeriksaan horax dan sistem cardio vaskuler.

f. Pola persepsi dan konsep diri.

Pada pasien dengan BPH sering terganggu integritas egonya disebabkan
 disememikirkan bagaimana menghadapi pengobatan yang dapat dilihat dari
 tanda tanda kecemasannya kacau mental dan. perilaku. **Pemeriksaan** :

Kegelisaan, kacau mental, perubahan perilaku

g. Pola sensori kognitif

Penderita BPH biasanya berusia lanjut, sehingga organ indera penderita biasanya melemah karena usia tua. Namun tidak semua pasien mengalami ini. Pemeriksaan Orientasi waktu, tempat dan orang. survey keadaan umum, pancaindra dan neurologis

h. Pola Reproduksi Seksual

Pada pasien BPH mengalami masalah tentang efek atau kondisi terapi, pada kemampuan seksualnya. Inkontinensia menetes selama hubungan intim, dapat terjadi penurunan kekuatan kontraksi saat terjadinya ejakulasi, terdapat pembesaran dan nyeri tekan pada prostat. **Pemeriksaan** : Pemeriksaan genitalia, payudara dan rektum.

i. Pola hubungan peran

Pada pasien BPH merasa rendah diri terhadap penyakit yang ada pada saat ini sehingga hal ini dapat menyebabkan kurangnya sosialisasi pasien terhadap lingkungan. **Pemeriksaan** : Interaksi dengan anggota keluarga atau orang lain (jika ada).

j. Pola Penanggulangan Stres

Pada pasien BPH mengalami peningkatan stres karena pertimbangan pengobatan dan penyakit yang mendasarinya, karena menyebabkan pasien tidak mampu melakukan hubungan seksual secara normal, yang diwujudkan dalam perubahan perilaku dan kecemasan pasien.

k. Pola nilai dan keyakinan penderita. BPH mempunyai keyakinan seperti gangguan sholat, pasien tidak dapat menunaikannya, karena BAK sering

luput dari perhatian.

4. Pemeriksaan penunjang.

Pemeriksaan penunjang yang dapat membantu memastikan diagnosis BPH meliputi pemeriksaan radiologi dan laboratorium.

2.3.2 Diagnosis Keperawatan.

Dalam Buku Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah oleh DKMBI (2016) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan post op BPH yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur
3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinik untuk mencapai luaran yang diharapkan (SIKI,2018)

1. Nyeri akut Berhubungan dengan agen Pencedera Fisik

Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

- a. keluhan nyeri menurun
- b. meringis menurun
- c. gelisah cukup menurun.

Observasi

- a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri
- b. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal

Tepateutik

- a. Memberikan teknin non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Edukasi

- a. Jelaskan penyebab,periode dan pemicu nyeri
- b. Jelaskan strategi meredakan nyeri

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian analgetik

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka pola tidur membaik dengan

kriteria hasil :

- a. Keluhan sulit tidur menurun
- b. Keluhan tidak puas tidur menurun
- c. Keluhan istirahat tidak cukup menurun
- d. Keluhan sering terjaga menurun.

Intervensi Dukungan Tidur

Observasi

- a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- b. Identifikasi faktor penganggu tidur (fisik/psikologis)

Terapteutik

- a. Modifikasi lingkungan (misalnya pencahayaan, kebisingan,suhu, matras dan tempat tidur, batasi waktu tidur siang jika perlu)

Edukasi

- a. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
- b. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian obat zolpidem jika perlu

3. Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

Setelah dilakukan tindakan intervensi keperawatan maka kontrol resiko infeksi meningkat dengan kriteria hasil :

- a. Demam menurun
- b. Kemerahan menurun
- c. Nyeri menurun
- d. Bengkak menurun
- e. Cultur urine menurun.

Observasi

- a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik

- a. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi

Edukasi

- a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- b. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- c. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi

- a. Pemberian obat antibiotik , jika perlu

2.3.4 Implementasi Keperawatan.

Pelaksanaan atau implementasi keperawatan adalah, perilaku aktivitas spesifik yang dapat dikerjakan oleh perawat untuk dapat mengimplementasikan perencanaan intervensi keperawatan. (SIKI, 2018)

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan langkah proses keperawatan yang memungkinkan perawat untuk menentukan berhasil atau tidaknya meningkatkan kondisi pasien (Potter & Perry, 2016)

Teknik pelaksanaan SOAP :

1. S (Subyektif) adalah informasi berupa ungkapan atau keluhan yang didapat dari pasien setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan yang diberikan.
2. O (Obyektif) ialah informasi yang didapatkan perawat dari anamnesa, pengukuran, penilaian yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilaksanakan.
3. A (Analisa) merupakan hasil pembandingan antara informasi subyektif dan informasi obyektif dengan tujuan dan kriteria hasil kemudian diambil keputusan apakah masalah teratasi atau belum teratasi.
4. P (Planning) merupakan suatu tindakan lanjutan yang akan diberikan berdasarkan hasil anamnesa atau pemeriksaan perawat.