

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Nyeri Akut Pada Post TURP BPH

1. Definisi Benigna Prostat Hyperplasia (BPH)

Benigna Prostat Hiperplapasi merupakan kalenjar prostat yang mengalami pembesaran jinak (Purwanto, 2016). BPH (Benigna Prostat Hyperplapasi) dapat menyebabkan obstruksi dan restriksi pada jalan urine (urethra). BPH terjadi pada usia yang semakin tua (>40 tahun) dimana fungsi testis sudah menurun (Rendy & TH, 2012). Pembesaran kalenjar dan jaringan seluler kalenjar prostat berhubungan dengan perubahan endokrin berkenaan dengan proses penuaan. (Suharyanto & Madjid, 2009). Kalenjar prostat adalah suatu kalenjar fibro muscular yang melingkar Bledderneck (leher kandung kemih) dan bagian proksimal uretra, mudah teraba (Yuli Aspiani, 2015). Pembasaran prostat menyebabkan penyempitan saluran kencing dan tekanan di bawah kandung kemih (DiGiulio, Jackson, & Keogh, 2014).

Kalenjar prostat sangat tergantung pada hormon androgen (Purwanto, 2016). Sumber lain mengatakan penyebab BPH yaitu ketidakseimbangan endokrin. Testosteron dianggap mempengaruhi bagian tepi prostat, sedangkan estrogen (dibuat oleh kalenjar adrenal) mempengaruhi bagian tengah prostat (Rendy & TH, 2012). BPH terjadi ketika seorang pria dengan kadar hormone estrogen meningkat dan kadar hormone testostosterone menurun (Suharyanto & Madjid, 2009).

Proses pembasaran prostat terjadi secara perlahan-lahan sehingga perubahan pada saluran kemih juga terjadi secara perlahan-lahan. Setelah terjadi pembesaran prostat,

resistensi pada leher buli-buli dan daerah prostat meningkat, serta otot detrusor menebal dan meregang sehingga timbul sakulasi atau divertikel (Yuli Aspiani, 2015). Pembesaran tersebut dapat menimbulkan dorongan sampai di bawah basis vesica urinaria (kandung kemih) sehingga mengakibatkan kesulitan buang air kemih (Suharyanto & Madjid, 2009).

Tanda-tanda dan gejala BPH yaitu kesulitan mengawali aliran urin karena tekanan pada uretra dan leher kandung kemih, sering kencing, perlu ke kamar mandi segera untuk kencing, perlu bangun malam hari untuk kencing karena tekanan pada kandung kemih, turunnya kekuatan aliran air kemih, aliran urin tidak lancer, hematuria (DiGiulio et al., 2014).

Gejala-gejala BPH diklasifikasikan karena obstruksi dan iritasi. Gejala obstruksi meliputi hesitancy, intermitten, pengeluaran urine yang tidak tuntas, aliran urine yang buruk, dan retensi urine. Gejala iritasi meliputi sering berkemih, sering berkemih di malam hari (nokturia), dan urgency (dorongan ingin berkemih) (Suharyanto & Madjid, 2009). TURP merupakan tindakan pembedahan pada pasien BPH dengan volume prostat 30-80 ml. Secara umum, TURP dapat memperbaiki gejala BPH hingga 90% dan meningkatkan laju pancaran urine hingga 100% (Mochtar et al., 2015).

2. Definisi *Transurethral Resection Of The Prostat* (TURP)

TURP adalah suatu tindakan untuk menghilangkan obstruksi prostat dengan menggunakan *cystoscope* melalui urethra. Tindakan ini dilakukan pada BPH grade I (Yuli Aspiani, 2015). Reseksi kalenjar prostat dilakukan dengan transuretra menggunakan cairan irigan (pembilas) supaya daerah yang akan dioperasi tetap

terang dan tidak tertutup oleh darah (Nursalam & Batticaca, 2011). Dampak dari TURP dapat menimbulkan trauma ureter yang menyebabkan timbulnya nyeri pada pasien pasca tindakan TURP (Sjamsuhidajat & Jong, 2003).

3. Definisi Nyeri Akut

Nyeri akut adalah keadaan individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial atau yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut (Bahrudin, 2018). Nyeri akut berlangsung selama 1 detik hingga kurang dari enam bulan (Wardani, 2014). Proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, perubahan fenotip, eksitabilitas ektopik, sensitisasi sentral, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi merupakan dasar dari mekanisme timbulnya nyeri (Bahrudin, 2018).

4. Penyebab Nyeri Akut Post TURP BPH

Nyeri akut disebabkan oleh stimulasi noxious akibat trauma, proses suatu penyakit atau akibat fungsi otot atau viseral yang terganggu (Wardani, 2014). Nyeri akut post TURP BPH disebabkan oleh resektoskopi yang dimasukkan melalui uretra untuk mereksi kelenjar prostat yang obstruksi sehingga menimbulkan luka bedah yang menyebabkan nyeri (Purnomo, 2007)

5. Efek Nyeri Akut Post TURP BPH .

Efek nyeri pada system urogenital pada tubuh yaitu perangsangan saraf simpatis meningkatkan tahanan sfinkter saluran kemih dan menurunkan motilitas saluran cerna yang menyebabkan retensi urin (Wardani, 2014). Nyeri pasca operasi TURP BPH dapat menimbulkan kecemasan yang membuat ketidaknyamanan dan gangguan rasa aman (Goyena, 2019).

6. Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri Post TURP BPH

a Etnik dan nilai budaya

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup (introversi). Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian, hal ini dapat memengaruhi pengeluaran fisiologis opioid endogen sehingga terjadilah persepsi nyeri.

b Tahap perkembangan

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.

c Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut akan dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang memengaruhi persepsi nyeri individu.

d Ansietas dan stress

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri (Mubarak, 2015)

7. Pengukuran Intensitas Nyeri

Mengukur intensitas nyeri dapat menggunakan pendekatan objektif yang paling efektif adalah menggunakan respon fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri.

1) Mnemonik PQRST

Penggunaan mnemonik PQRST akan membantu dalam mengumpulkan informasi vital yang berkaitan dengan proses nyeri pasien. (Ulfa, 2009)

P : Paliatif atau penyebab nyeri

Q : Quality/kualitas nyeri

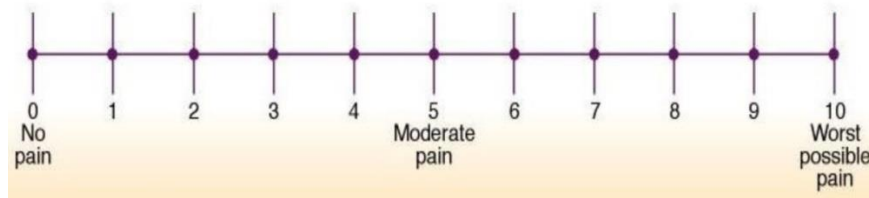
R : Regio (daerah) lokasi atau penyebaran nyeri

S : Subyektif deskripsi oleh pasien mengenai tingkat nyerinya

T : Temporal atau periode/waktu yang berkaitan dengan nyeri

2) Skala penilaian numerik

Metoda ini menggunakan angka-angka untuk menggambarkan range dari intensitas nyeri. "0" menggambarkan tidak ada nyeri sedangkan "10" menggambarkan nyeri yang hebat. Pada penelitian ini digunakan skala penilaian numerik

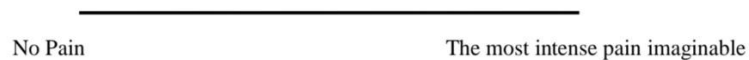


Sumber : (Wardani, 2014).

Gambar 1 Skala penilaian numerik

3) Skala analog visual

Metoda ini menggunakan garis sepanjang 10 cm yang menggambarkan keadaan tidak nyeri sampai nyeri yang sangat hebat. Pasien menandai angka pada garis yang menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakan



Sumber : (Wardani, 2014)

Gambar 2 Skala analog visual

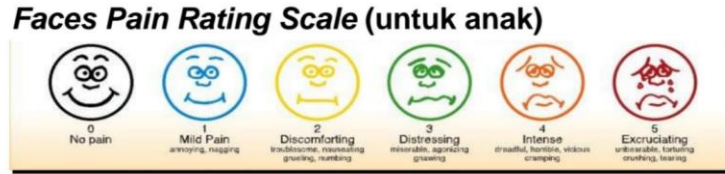
4) Skala penilaian verbal

Metoda ini menggunakan suatu word list untuk mendiskripsikan nyeri yang dirasakan. Pasien disuruh memilih kata-kata atau kalimat yang menggambarkan karakteristik nyeri yang dirasakan dari word list yang ada.

- tidak nyeri : none
- nyeri ringan : mild
- nyeri sedang : moderate
- nyeri berat : severe
- nyeri sangat berat : very severe

5) Skala penilaian wajah

Metoda ini dengan cara melihat mimik wajah pasien dan biasanya untuk menilai intensitas nyeri pada anak-anak



Sumber : (Wardani, 2014)

Gambar 3 Skala penilaian wajah

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Nyeri Akut

1. Pengkajian

Data yang perlu dikaji berkaitan dengan gejala dan tanda Nyeri Akut (PPNI, 2016) adalah sebagai berikut :

Mayor

a Subjektif

Mengeluh nyeri

b Objektif

- 1) Tampak meringis
- 2) Bersifat protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)
- 3) Gelisah
- 4) Frekuensi nadi meningkat
- 5) Sulit tidur

Minor

a Subjektif

Tidak ditemukan data subjektif

b Objektif

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

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016)

Rumusan diagnosa keperawatan adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan pasien mengatakan mengeluh nyeri pasien tampak meringis, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

Nyeri akut merupakan pengalaman 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, 2016). Penyebab lain dari nyeri akut yaitu agen pencedera fisiologis (Inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (terbakar, bahan kimia

iritan), agen pencedera fisik (abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (PPNI, 2016).

3. Perencanaan keperawatan

Perencanaan merupakan keputusan awal yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan. (Asmadi, 2008).

Tujuan dan kriteria hasil untuk masalah Nyeri Akut mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (PPNI, 2018b) adalah sebagai berikut :

Tujuan dan kriteria hasil

Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)

a Tingkat nyeri

Ekspektasi : Menurun

Kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun (skala 5)
- 2) Meringis menurun (skala 5)
- 3) Sikap protektif menurun (skala 5)
- 4) Gelisah menurun (skala 5)
- 5) Kesulitan tidur menurun (skala 5)
- 6) Menarik diri menurun (skala 5)
- 7) Berfokus pada diri sendiri menurun (skala 5)
- 8) Diaforesis menurun (skala 5)
- 9) Perasaan depresi (tertekan) menurun (skala 5)

10) Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (skala 5)

11) Anoreksia menurun (skala 5)

12) Ketegangan otot menurun (skala 5)

13) Muntah menurun (skala 5)

14) Mual menurun (skala 5)

15) Frekuensi nadi membaik (skala 5)

16) Pola napas membaik (skala 5)

17) Tekanan darah membaik (skala 5)

18) Proses berpikir membaik (skala 5)

19) Fokus membaik (skala 5)

20) Fungsi berkemih membaik (skala 5)

21) Perilaku membaik (skala 5)

22) Nafsu makan membaik (skala 5)

23) Pola tidur membaik (skala 5)

b Kontrol nyeri

Ekspektasi : meningkat

Kriteria hasil :

1) Melaporkan nyeri terkontrol meningkat (skala 5)

2) Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat (skala 5)

3) Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat (skala 5)

4) Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat (skala 5)

5) Dukungan orang terdekat meningkat (skala 5)

- 6) Keluhan nyeri menurun (skala 5)
- 7) Penggunaan analgesik menurun (skala 5)

Intervensi keperawatan untuk menangani masalah nyeri akut mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (PPNI, 2018).

Tindakan yang direkomendasikan yaitu :

a Pemberian Analgesik

Tindakan :

Obsevasi

- 1) Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)
- 2) Identifikasi riwayat alergi obat
- 3) Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. Narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri
- 4) Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic
- 5) Monitor efektifitas analgesik

Terapeutik

- 1) Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu
- 2) Pertimbangkan penggunaan infuse kontinu, atau bolus oploid untuk mempertahankan kadar dalam serum
- 3) Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien

- 4) Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan

Edukasi

Jelaskan efek terapi dan efek samping obat

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi

b Manajemen nyeri

Tindakan :

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respons 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) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

- 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, *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

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

4. Implementasi

Implementasi merupakan tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana atau tindakan asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008). Tahap ini akan muncul bila perencanaan diaplikasikan pada pasien. Tindakan yang dilakukan bisa sama, bisa juga berbeda dengan urutan yang dibuat pada perencanaan sesuai kondisi pasien

(Debora, 2012). Implementasi keperawatan akan sukses sesuai dengan rencana jika perawat mempunyai kemampuan kognitif, kemampuan hubungan interpersonal, dan ketrampilan dalam melakukan tindakan yang berpusat pada kebutuhan pasien (Dermawan, 2012).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan meliputi perbandingan yang sistematis antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Asmadi, 2008). Berdasarkan kriteria hasil dalam perencanaan keperawatan diatas yang mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) adalah sebagai berikut :

1. Tingkat nyeri menurun
2. Kontrol nyeri meningkat