

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Nyeri Akut Pada Post TURP BPH

1. Definisi Benigna Prostat Hyperplasia (BPH)

Benign Prostatic Hyperplasia atau Benigna Prostat Hiperplasi (BPH) disebut juga *Nodular Hyperplasia*, *Benign Prostatic Hyperrophy* atau *Benign Enlargement of the Prostate* (BEP) yang merujuk kepada peningkatan ukuran prostat pada laki-laki usia pertengahan dan usia lanjut. (Suharyanto, 2009).

Benigna Prostat Hiperplasia adalah pembesaran progresif dari kelenjar prostat yang dapat menyebabkan obstruksi dan restriksi pada jalan urine (urethra) (Rendi, M. Clevo & TH, 2012). Prostat adalah kelenjar yang berlapis kapsula dengan berat kira-kira 20 gram, berada disekeliling uretra dan dibawah leher kandung kemih pada pria. Bila terjadi pembesaran lobus bagian tengah kelenjar prostat akan menekan dan uretra akan menyempit. Hiperplasia dari kelenjar prostat dan sel-sel epitel mengakibatkan prostat menjadi besar. Ketika prostat cukup besar akan menekan saluran uretra menyebabkan obstruksi uretra baik secara parsial maupun total. Hal ini dapat menimbulkan gejala-gejala urinary hesitancy, sering berkemih, peningkatan risiko infeksi saluran kemih dan retensi urin (Suharyanto, 2009). Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) adalah kondisi patologis yang paling umum pada pria lansia dan penyebab kedua yang paling sering untuk intervensi medis pada pria di atas usia 60 tahun (Smeltzer, Suzanne C. & Bare, 2001).

Hasil pemeriksaan menunjukkan adanya prostat yang membesar, berwarna kemerahan, dan tidak nyeri tekan. Penyebab tidak pasti, tetapi bukti-bukti

menunjukkan bahwa hormon menyebabkan hiperplasia jaringan penyangga stromal dan elemen glandular pada prostat. Lobus yang mengalami hipertropi dapat menyumbat kolum vesikal atau uretra prostatik, dengan demikian menyebabkan pengosongan urine inkomplit atau retensi urine. Akibatnya terjadi dilatasi ureter (*hidroureter*) dan ginjal (*hidrefrosis*) secara bertahap. Infeksi saluran kemih dapat terjadi akibat stasis urine, dimana sebagian urine tetap berada dalam saluran kemih dan berfungsi sebagai media untuk organisme infeksi. (Smeltzer, Suzanne C. & Bare, 2001).

Seiring bertambahnya usia, akan terjadi perubahan keseimbangan testosterone estrogen karena produksi testosterone menurun dan terjadi konversi testosterone menjadi estrogen pada jaringan adiposa di perifer. Berdasarkan angka autopsi perubahan mikroskopik pada prostat sudah dapat ditemukan pada usia 30-40 tahun. Bila perubahan mikroskopik ini terus berkembang, akan terjadi perubahan patologik anatomik (Sjamsuhidajat, R & Jong, 2004). Penyebab Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) belum diketahui secara pasti, tetapi dapat dikaitkan dengan keberadaan hormonal yaitu hormon laki-laki (androgen yaitu testosterone). Diketahui bahwa hormon estrogen juga ikut berperan sebagai penyebab Benigna Prostat Hiperplasi (BPH). Hal ini, didasarkan pada fakta bahwa Benigna Prostat Hiperplasi (BPH) terjadi ketika seorang laki-laki kadar hormon estrogen meningkat dan kadar hormon testosterone menurun, dan ketika jaringan prostat menjadi lebih sensitive terhadap estrogen serta kurang responsive terhadap : *Dihydrotestosterone* (DHT), yang merupakan *testosterone* (Suharyanto, 2009). Gejala-gejala Benigna Prostat Hiperplasi (BPH) dapat diklasifikasikan karena obstruksi dan iritasi. Gejala-gejala obstruksi meliputi *hesitancy*, intermitten,

pengeluaran urine yang tidak tuntas, aliran urine yang buruk, dan retensi urine. Gejala-gejala iritasi meliputi sering berkemih, sering berkemih di malam hari (nokturia), dan urgency (dorongan ingin berkemih) (Suharyanto, 2009). Penyelesaian masalah pasien *hyperplasia prostat* jangka panjang yang paling baik saat ini adalah pembedahan, hal ini dapat dikerjakan dengan cara operasi terbuka, *reseksi prostat transuretra* (TURP) (Purnomo, 2003).

2. *Transurethral Resection of the Prostate* (TURP)

TURP adalah suatu pembedahan yang dilakukan pada BPH dan hasilnya sempurna dengan tingkat keberhasilan 80-90% (Suharyanto, 2009). Pembedahan endourologi transuretra dapat dilakukan dengan memakai tenaga elektrik *Transurethral Resection of the Prostate* (TURP) atau dengan memakai energy Laser. Reseksi kelenjar prostat dilakukan transuretra dengan mempergunakan cairan *irigan* (pembilas) agar daerah yang akan direseksi tetap terang dan tidak tertutup oleh darah (Purnomo, 2003).

3. Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dan memiliki awitan bedah yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak. Nyeri akut biasanya berlangsung singkat, misalnya nyeri pada fraktur. Klien yang mengalami nyeri akut biasanya menunjukkan gejala perspirasi meningkat, denyut jantung dan tekanan darah meningkat.

Nyeri ini biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Awitan gejalanya mendadak dan biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri akut

ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri.

Mekanisme nyeri secara sederhana dimulai dari transduksi stimuli akibat kerusakan jaringan dalam saraf sensoris menjadi aktivitas listrik kemudian ditransmisikan melalui serabut saraf bermielin A delta dan saraf tidak bermielin C ke kornu dorsalis medula spinalis, thalamus, dan korteks serebri. Impuls listrik tersebut dipersepsikan dan didiskriminasikan sebagai kualitas dan kuantitas nyeri setelah mengalami modulasi sepanjang saraf perifer dan disusun saraf pusat. Rangsangan yang dapat membangkitkan nyeri dapat berupa rangsangan mekanik, suhu (panas atau dingin), dan agen kimiawi yang dilepaskan karena trauma/imflamasi. Fenomena nyeri timbul karena adanya kemampuan system saraf untuk mengubah berbagai stimulus mekanik, kimia, termal, dan elektris menjadi potensial aksi yang dijalankan ke sistem saraf pusat.

4. Faktor yang memengaruhi nyeri

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, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka.

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. Sebagai contoh, individu yang sendirian, tanpa keluarga atau teman-temannya yang mendukungnya, cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang mendapat dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekat.

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. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka (Mubarak, 2015).

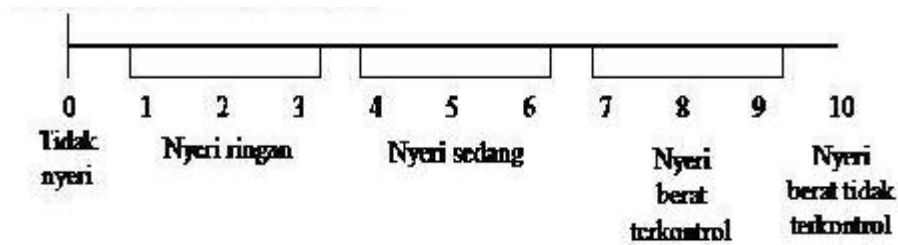
5. Cara mengukur intensitas nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respons fisiologis tubuh

terhadap nyeri itu sendiri, namun pengukuran dengan teknik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri.

1. Skala intensitas nyeri deskriptif

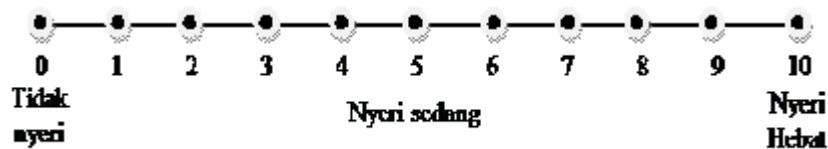
Skala deskriptif adalah alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskripsi verbal (Verbal Descriptor Scale-VDS) merupakan sebuah garis yang terdiri atas tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini di-ranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”.



Gambar 1 Skala Intensitas Nyeri Deskriptif

2. Skala penilaian nyeri numerik

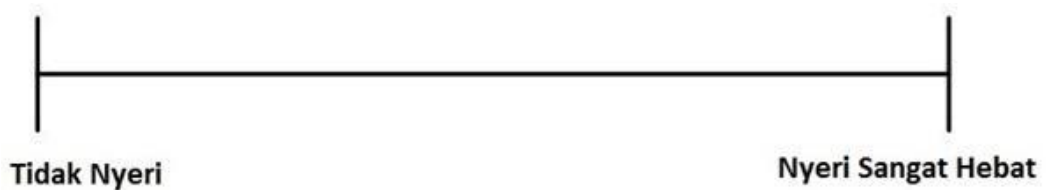
Skala penilaian numeric (Numerical Rating Scales-NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi data. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik.



Gambar 2 Skala Nyeri Numerik

3. Skala analog visual

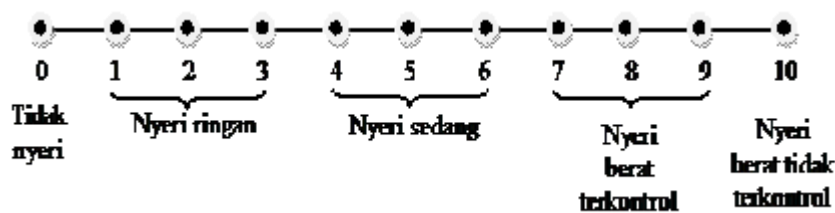
Skala analog visual (visual analog scale-VAS) tidak melabel subdivisi. VAS merupakan suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka.



Gambar 3 Skala Nyeri Analog Visual

4. Skala nyeri menurut Bourbanis

Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak menghabiskan waktu banyak saat klien melengkapinya.



Gambar 4 Skala Nyeri menurut Bourbanis

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post TURP BPH dengan Nyeri Akut

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan. Di dalam pengkajian semua data dikumpulkan secara sistematis guna menentukan status kesehatan pasien saat ini. Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, social, maupun spiritual pasien (Asmadi, 2008).

a. Identitas pasien

Identitas pasien meliputi nama, no RM, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, asuransi kesehatan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor registrasi, serta diagnose medis (Muttaqin, 2011).

b. Keluhan utama

Keluhan utama pasien nyeri adalah pasien mengeluh nyeri atau mengakui ketidaknyamanan (Mubarak, 2015).

Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan dahulu

Perawat menanyakan tentang penyakit-penyakit yang pernah dialami sebelum nya, terutama yang mendukung atau memperberat kondisi gangguan system perkemihan pada pasien saat ini seperti pernahkah pasien menderita penyakit kencing manis, riwayat kaki bengkak (edema), hipertensi, penyakit kencing batu, kencing berdarah, dan lainnya. Tanyakan: apakah pasien pernah dirawat sebelumnya, dengan penyakit apa, apakah pernah mengalami sakit yang berat, dan sebagainya (Muttaqin, 2011).

Perawat perlu mengklarifikasi pengobatan masa lalu dan riwayat alergi, catat adanya efek samping yang terjadi di masa lalu dan penting perawat ketahui bahwa pasien mengacaukan suatu alergi dengan efek samping obat (Muttaqin, 2011).

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pengkajian ini dilakukan untuk mendukung keluhan utama seperti menanyakan tentang perjalanan sejak timbul keluhan hingga pasien meminta pertolongan. Misalnya: sejak kapan keluhan nyeri dirasakan, berapa lama dan berapa kali keluhan tersebut terjadi, bagaimana sifat dan hebatnya keluhan. Setiap keluhan utama harus ditanyakan kepada pasien sedetail-detailnya, dan semuanya diterangkan pada riwayat kesehatan sekarang (Muttaqin, 2011).

c. Pengkajian psikososiospiritual

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

d. Fisiologis

- 1) Pasien mengeluh atau mengakui ketidaknyamanan
- 2) Denyut jantung meningkat
- 3) Tekanan darah meningkat
- 4) Frekuensi pernafasan meningkat

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, 2017).

Menurut PPNI (2017) Nyeri akut adalah 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.

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

a. Mayor

1) Subjektif

Mengeluh nyeri

2) Objektif

a) Tampak meringis

b) Bersifat protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri)

c) Gelisah

d) Frekuensi nadi meningkat

e) Sulit tidur

b. Minor

1) Subjektif

Tidak ditemukan data subjektif

2) Objektif

- a) Tekanan darah meningkat
- b) Pola nafas berubah
- c) Nafsu makan berubah
- d) Proses berpikir terganggu
- e) Menarik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) Diaforesis

Rumusan diagnose keperawatan adalah nyeri akut berhubungan dengan kondisi pembedahan ditandai dengan pasien mengatakan mengeluh nyeri pasien tampak meringis, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

3. Perencanaan/intervensi 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. Karenanya, dalam menyusun rencana tindakan keperawatan untuk pasien, keluarga dan orang terdekat perlu dilibatkan secara maksimal (Asmadi, 2008)

Tujuan dan kriteria hasil untuk masalah Nyeri Akut mengacu pada *Nursing Outcome Classification* (NOC) menurut Moorhead, dkk (2013) adalah sebagai berikut:

- a. Tujuan dan Kriteria hasil
 - 1) *Nursing Out Come* (NOC) :
 - a) Kontrol Nyeri

Tindakan pribadi untuk mengontrol nyeri

Kriteria hasil:

- (1) Mengenali kapan nyeri terjadi (skala 5)
- (2) Menggambarkan faktor penyebab (skala 5)
- (3) Menggunakan jurnal harian untuk memonitor gejala dari waktu ke waktu (skala 5)
- (4) Menggunakan tindakan pencegahan (skala 5)
- (5) Menggunakan tindakan pengurangan (nyeri) tanpa analgesik (skala 5)
- (6) Menggunakan analgesik yang direkomendasikan (skala 5)
- (7) Melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri pada professional kesehatan (skala 5)
- (8) Melaporkan gejala yang tidak terkontrol pada profesioanl kesehatan (skala 5)
- (9) Menggunakan sumber daya yang tersedia (skala 5)
- (10) Mengenali apa yang terkait dengan gejala nyeri (skala 5)
- (11) Melaporkan nyeri yang terkontrol (skala 5)

b. Tingkat Nyeri

Keparahan dari nyeri yang diamati atau dilaporkan

Kriteria hasil :

- a) Nyeri yang dilaporkan (skala 5)
- b) Panjangnya episode nyeri (skala 5)
- c) Menggosok area yang terkena dampak (skala 5)
- d) Mengeram dan menangis (skala 5)
- e) Ekspresi nyeri wajah (skala 5)
- f) Tidak bias beristirahat (skala 5)
- g) Agitasi (skala 5)
- h) Iritabilitas (skala 5)

- i) Mengeringit (skala 5)
- j) Mengeluarkan keringat (skala 5)
- k) Berkeringat berlebihan (skala 5)
- l) Mondar-mandir (skala 5)
- m) Fokus menyempit (skala 5)
- n) Ketegangan otot (skala 5)
- o) Kehilangan nafsu makan (skala 5)
- p) Mual (skala 5)
- q) Intoleransi makanan (skala 5)
- r) Frekuensi nafas (skala 5)
- s) Denyut jantung apical (skala 5)
- t) Denyut nadi radial (skala 5)
- u) Tekanan darah (skala 5)
- v) berkeringat

Intervensi keperawatan untuk menangani masalah nyeri akut mengacu pada *Nursing Intervention Clasification* (NIC) menurut Bulechek, dkk (2013). NIC yang direkomendasikan salah satunya yaitu manajemen nyeri.

4. Implementasi Keperawatan

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 mungkin sama, mungkin juga berbeda dengan urutan yang dibuat pada perencanaan sesuai dengan 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 dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Asmadi, 2008). Berdasarkan kriteria hasil dalam perencanaan keperawatan diatas adalah sebagai berikut:

1. Pasien bisa mengenali kapan nyeri terjadi
2. Pasien bisa menggambarkan faktor penyebab
3. Pasien mampu menggunakan tindakan pencegahan
4. Pasien mampu menggunakan tindakan pengurangan (nyeri) tanpa analgesik
5. Pasien mampu menggunakan analgesik yang direkomendasikan
6. Pasien melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri pada professional kesehatan
7. Pasien melaporkan gejala yang tidak terkontrol pada profesioanl kesehatan
8. Pasien dapat melaporkan nyeri yang terkontrol