

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep BPH**

##### **1. Definisi**

Benigna Prostat Hyperplasi (BPH) adalah kelenjar prostat yang mengalami pembesaran sehingga dapat menyumbat uretra pars prostatika dan menyebabkan terhambatnya aliran urin keluar dari vesika (Purnomo, 2011).

Prostat umumnya terdiri dari tiga zona yang berbeda, yaitu zona sentral, zona perifer, dan zona transisi yang berdekatan dengan uretra. BPH berkembang hampir secara khusus di zona transisi (Kirby dan Gilling, 2010). Prostat normal terdiri dari jaringan stroma dengan jumlah lebih tinggi dibandingkan jaringan epitel dengan rasio stroma : epitel yaitu 2:1 (DiPiro et al., 2011). Epitelium prostat terdiri dari 2 kompartemen selular utama, yaitu sel epitel dan sel stroma. Kompartemen epitel prostat terdiri dari sel-sel epitel basal, intermediet, dan sel neuro endokrin serta sel epitel sekretori luminal. Kompartemen stroma berfungsi sebagai dukungan struktural utamanya terdiri dari jaringan ikat, sel-sel otot polos, dan fibroblast (Berman et al., 2012).

Pada waktu lahir, kelenjar itu memiliki berat berkisar 1 gram dan tumbuh bersamaan dengan semakin tingginya produksi androgen. 7 Produksi hormon androgen semakin meningkat ketika pubertas. Prostat normal orang dewasa kira-kira 20 gram, di dalamnya terdapat uretra posterior dengan panjang 2,5-3 cm. Selama hidup seorang pria memiliki

dua periode pertumbuhan prostat, yaitu saat pubertas dan setelah 25 tahun. Pada saat pubertas, prostat membesar dua kali lipat dari ukuran aslinya, sedangkan pada saat periode kedua setelah berusia 25 tahun, prostat seorang pria akan bertumbuh secara perlahan dan bisa berlangsung seumur hidup. Pembesaran inilah yang menjadi awal terjadinya BPH. Sementara itu secara mikroskopik, perubahan pada prostat bisa dilihat sejak seseorang berusia 40 tahun (Schauer & Rowley, 2011).

Penyakit benign prostatic hyperplasia (BPH) terjadi peningkatan sebanyak 25% pada laki-laki berusia 40-49 tahun, sementara pada usia 70-79 tahun terjadi peningkatan sebanyak 80% (Sarma et al., 2012). BPH dapat terlihat di semua ras meskipun ukuran prostat secara keseluruhan bervariasi antara ras satu dengan ras yang lainnya (Martinez dan Satheesh, 2012).

## 2. Etiologi

Dengan bertambahnya usia, akan menyebabkan perubahan keseimbangan testosteron menjadi estrogen pada jaringan adiposa diperifer. Karena proses pembesaran prostat terjadi secara perlahan-lahan, efek perubahan juga terjadi perlahan.

Saat ini, tidak ada konsensus tentang etiologi BPH. Ada banyak pendapat, seperti perubahan fungsi urodinamik karena meningkatnya uretra angulasi prostat. Beberapa telah mengidentifikasi peristiwa 8 molekuler, seperti peningkatan stress oksidatif, kerusakan iskemik akibat gangguan pembuluh darah, hilangnya regulator negatif kontrol siklus sel,

atau perubahan kadar hormon terkait usia. Namun, sebagian besar postulasi etiologi mengarah ke peradangan prostat sebagai inisiator BPH. Meskipun masih belum ada kesepakatan apakah peradangan hanyalah sebuah kejadian paralel atau penyebab langsung, beberapa dalam penelitian telah menemukan hubungan yang signifikan antara peradangan dan BPH (Schauer & Rowley, 2012).

### 3. Klasifikasi

Organisasi kesehatan dunia (WHO) menganjurkan klasifikasi untuk menentukan berat gangguan miksi yang disebut WHO Prostate Symptom Score (PSS). Derajat ringan: skor 0–7, sedang: skor 8–19, dan berat: skor 20–35 (Sjamsuhidajat dkk, 2012). Selain itu, ada juga yang membaginya berdasarkan gambaran klinis penyakit BPH.

<b>Derajat</b>	<b>Colok Dubur</b>	<b>Sisa Volume Urine</b>
<b>I</b>	Penonjolan prostat, batas atas mudah diraba	<50 MI
<b>II</b>	Penonjolan prostat jelas, batas atas dapat dicapai	50-100 MI
<b>III</b>	Batas atas prostat tidak dapat diraba	>100 MI
<b>IV</b>		Retensi urin total

**Table 2.1 Derajat Penyakit BPH**

### 4. Patofisiologi

Pembesaran prostat menyebabkan penyempitan lumen uretra prostatika dan menghambat aliran urin. Keadaan ini menyebabkan peningkatan tekanan intravesikal. Untuk dapat mengeluarkan urine, buli-buli harus berkontraksi lebih kuat untuk melawan tahanan itu. Kontraksi yang terus menerus ini menyebabkan perubahan anatomi buli-buli berupa hipertrofi

otot detrusor, trabekulasi, terbentuknya selula, sakula, dan divertikel buli-buli. Perubahan struktur pada buli-buli tersebut, oleh pasien dirasakan sebagai keluhan pada saluran kemih sebelah bawah atau Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) yang dahulu dikenal dengan gejala prostatismus (Purnomo, 2012).

Tekanan intravesikal yang tinggi diteruskan ke seluruh bagian buli-buli tidak terkecuali pada kedua muara ureter. Tekanan pada kedua muara ureter ini dapat menimbulkan aliran balik urin dari buli-buli ke ureter atau terjadi refluks vesikoureter. Keadaan ini jika berlangsung terus akan mengakibatkan hidroureter, hidronefrosis, bahkan akhirnya dapat jatuh ke dalam gagal ginjal (Purnomo, 2012).

Obstruksi pada leher kandung kemih mengakibatkan berkurangnya atau tidak adanya aliran kemih, dan ini memerlukan intervensi untuk membuka jalan keluar urin. Metode yang mungkin adalah prostatektomi parsial, Transurethral Resection of Prostate (TURP) atau insisi prostatektomi terbuka, untuk mengangkat jaringan periuretral hiperplasia insisi transuretral melalui serat otot leher kandung kemih untuk memperbesar jalan keluar urin, dilatasi balon pada prostat untuk memperbesar lumen uretra, dan terapi antiandrogen untuk membuat atrofi kelenjar prostat (Price & Wilson, 2012).

Pada BPH terjadi rasio peningkatan komponen stroma terhadap kelenjar. Pada prostat normal rasio stroma dibanding dengan kelenjar adalah 2:1, sedangkan pada BPH, rasionya meningkat menjadi 4:1, hal ini

menyebabkan pada BPH terjadi peningkatan tonus otot polos prostat dibandingkan dengan prostat normal. Dalam hal ini massa prostat yang menyebabkan obstruksi komponen statik sedangkan tonus otot polos yang merupakan komponen dinamik sebagai penyebab obstruksi prostat (Purnomo, 2012).

## 5. Manifestasi Klinis

Obstruksi prostat dapat menimbulkan keluhan pada saluran kemih maupun keluhan di luar saluran kemih, yaitu:

### a. Keluhan pada saluran kemih bagian bawah

Keluhan pada saluran kemih bagian bawah (LUTS) terdiri atas gejala voiding, storage, dan pasca-miksi. Untuk menilai tingkat keparahan dari keluhan pada saluran kemih bagian bawah, beberapa ahli dan organisasi urologi membuat sistem penilaian yang secara subjektif dapat diisi dan dihitung sendiri oleh pasien. Sistem penilaian yang dianjurkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) adalah Skor Internasional Gejala Prostat atau International Prostatic Symptom Score (IPSS) (Purnomo, 2012).

Sistem penilaian IPSS terdiri atas tujuh pertanyaan yang berhubungan dengan keluhan miksi dan satu pertanyaan yang 11 berhubungan dengan kualitas hidup pasien. Setiap pertanyaan yang berhubungan dengan keluhan miksi diberi nilai 0–5, sedangkan keluhan yang menyangkut kualitas hidup diberi nilai 1–7. Dari skor IPSS itu dapat dikelompokkan gejala LUTS dalam 3 derajat, yaitu

ringan (skor 0–7), sedang (skor 8–19), dan berat (skor 20–35) (Purnomo, 2012).

Timbulnya dekompensasi buli-buli biasanya didahului oleh beberapa faktor pencetus, seperti volume kandung kemih tiba-tiba terisi penuh, yaitu pada saat cuaca dingin, menahan kencing terlalu lama, mengkonsumsi obat-obatan atau minuman yang mengandung diuretikum (alkohol, kopi), dan minum air dalam jumlah yang berlebihan, massa prostat tiba-tiba membesar, yaitu setelah melakukan aktivitas seksual atau mengalami infeksi prostat akut, setelah mengkonsumsi obat-obatan yang dapat menurunkan kontraksi otot detrusor atau dapat mempersempit leher buli-buli, antara lain: golongan antikolinergik atau adrenergik alfa (Purnomo, 2012).

b. Gejala pada saluran kemih bagian atas

Keluhan akibat penyulit hiperplasia prostat pada saluran kemih bagian atas berupa gejala obstruksi antara lain nyeri pinggang, benjolan di pinggang (yang merupakan tanda dari hidronefrosis), dan demam yang merupakan tanda dari infeksi atau urosepsis (Purnomo, 2012).

c. Gejala di luar saluran kemih

Tidak jarang pasien berobat ke dokter karena mengeluh adanya hernia inguinalis atau hemoroid. Timbulnya kedua penyakit ini karena 12 sering mengejan pada saat miksi sehingga mengakibatkan peningkatan tekanan intra-abdominal (Purnomo, 2012).

Pada pemeriksaan fisik mungkin didapatkan buli-buli yang terisi penuh dan teraba massa kistus di daerah supra simfisis akibat retensi urin. Kadang-kadang didapatkan urin yang selalu menetes tanpa disadari oleh pasien yaitu merupakan tanda dari inkontinensia paradoksa. Pada colok dubur yang diperhatikan adalah tonus sfingter ani/refleks bulbo-kavernosus untuk menyingkirkan adanya kelainan buli-buli neurogenik, mukosa rektum, dan keadaan prostat, antara lain kemungkinan adanya nodul, krepitasi, konsistensi prostat, simetrisitas antara lobus dan batas prostat (Purnomo, 2012).

Colok dubur pada pembesaran prostat jinak menunjukkan konsistensi prostat kenyal seperti meraba ujung hidung, lobus kanan dan kiri simetris dan tidak didapatkan nodul, sedangkan pada karsinoma prostat, konsistensi prostat keras atau teraba nodul dan mungkin di antara prostat tidak simetri (Purnomo, 2012).

## 6. Komplikasi

Komplikasi umum pada BPH meliputi :

### 1) Retensi urin akut

Merupakan ketidakmampuan mendadak untuk buang air kecil. Kandung kemih menjadi bengkak dan nyeri. Ini adalah keadaan darurat yang memerlukan perhatian medis segera.

### 2) Infeksi saluran kemih

Urin sisa yang disebabkan oleh BPH dapat menyebabkan infeksi saluran kemih rekuren.

3) Batu kandung kemih

BPH dapat meningkatkan risiko pembentukan batu kandung kemih.

4) Gangguan fungsi kandung kemih

BPH dapat menyebabkan obstruksi saluran kandung kemih. Bila kandung kemih harus bekerja lebih keras untuk mendorong urin keluar dalam jangka waktu yang lama, maka dinding otot kandung kemih membentang dan melemahkan sehingga tidak lagi berkontraksi dengan benar.

5) Gangguan fungsi ginjal

BPH berat dapat menyebabkan air seni kembali ke dalam dan merusak ginjal.

7. Penatalaksanaan

Tidak semua pasien BPH perlu menjalani tindakan medik. Kadang-kadang mereka yang mengeluh LUTS ringan dapat sembuh sendiri tanpa mendapatkan terapi apapun atau hanya dengan nasehat dan konsultasi saja (Purnomo, 2012). Terapi yang ditawarkan pada pasien tergantung pada derajat keluhan, keadaan pasien, maupun kondisi objektif kesehatan pasien yang diakibatkan oleh penyakitnya. Pilihannya adalah mulai dari tanpa terapi (*watchful waiting*), medikamentosa.

#### 1) Tanpa terapi (*watchful waiting*) 14

Pilihan tanpa terapi ini ditujukan untuk pasien BPH dengan skor IPSS  $<8$  dan  $\geq 8$ , tetapi gejala LUTS tidak mengganggu aktivitas sehari-hari. Pasien tidak mendapatkan terapi apapun dan hanya diberi penjelasan mengenai sesuatu hal yang mungkin dapat memperburuk keluhannya, misalnya tidak boleh mengonsumsi kopi atau alkohol sebelum tidur malam, kurangi konsumsi makanan atau minuman yang mengiritasi buli-buli (kopi atau coklat), dan hindari penggunaan obat dekonjestan atau antihistamin (McVary & Roehrborn, 2010; Purnomo, 2012).

Secara periodik pasien diminta untuk datang kontrol dengan ditanya keluhannya yang mungkin menjadi lebih baik (sebaiknya memakai skor yang baku), disamping itu dilakukan pemeriksaan laboratorium, residu urin, atau uroflometri. Jika keluhan miksi bertambah buruk daripada sebelumnya, mungkin dipikirkan untuk memilih terapi yang lain (Purnomo, 2012).

#### 2) Medikamentosa

Tujuan terapi medikamentosa adalah berusaha untuk mengurangi resistensi otot polos prostat sebagai komponen dinamik penyebab obstruksi intravesika dengan obat-obatan penghambat adrenergik- $\alpha$  (adrenergic  $\alpha$ -blocker) dan mengurangi volume prostat sebagai komponen statik dengan cara menurunkan

kadar hormone testosteron/dihidrotestosteron melalui penghambat 5 $\alpha$ -reduktase.

Selain kedua cara di atas, sekarang banyak dipakai obat golongan 15 fitofarmaka yang mekanisme kerjanya masih belum jelas (Purnomo,2012).

#### 8. Pemeriksaan penunjang

##### 1) Laboratorium

Meliputi ureum (BUN), kreatinin, elektrolit, tes sensitivitas dan biakan urin.

##### 2) Radiologis

Intravena pylografi, BNO, sistogram, retrograd, USG, CT Scanning, cystoscopy, foto polos abdomen. Indikasi sistogram retrogras dilakukan apabila fungsi ginjal buruk, ultrasonografi dapat dilakukan secara trans abdominal atau trans rectal (TRUS=Trans Rectal Ultra Sonografi), selain untuk mengetahui pembesaran prostat ultra sonografi dapat pula menentukan volume buli-buli, mengukur sisa urine dan keadaan patologi lain seperti difertikel, tumor dan batu.

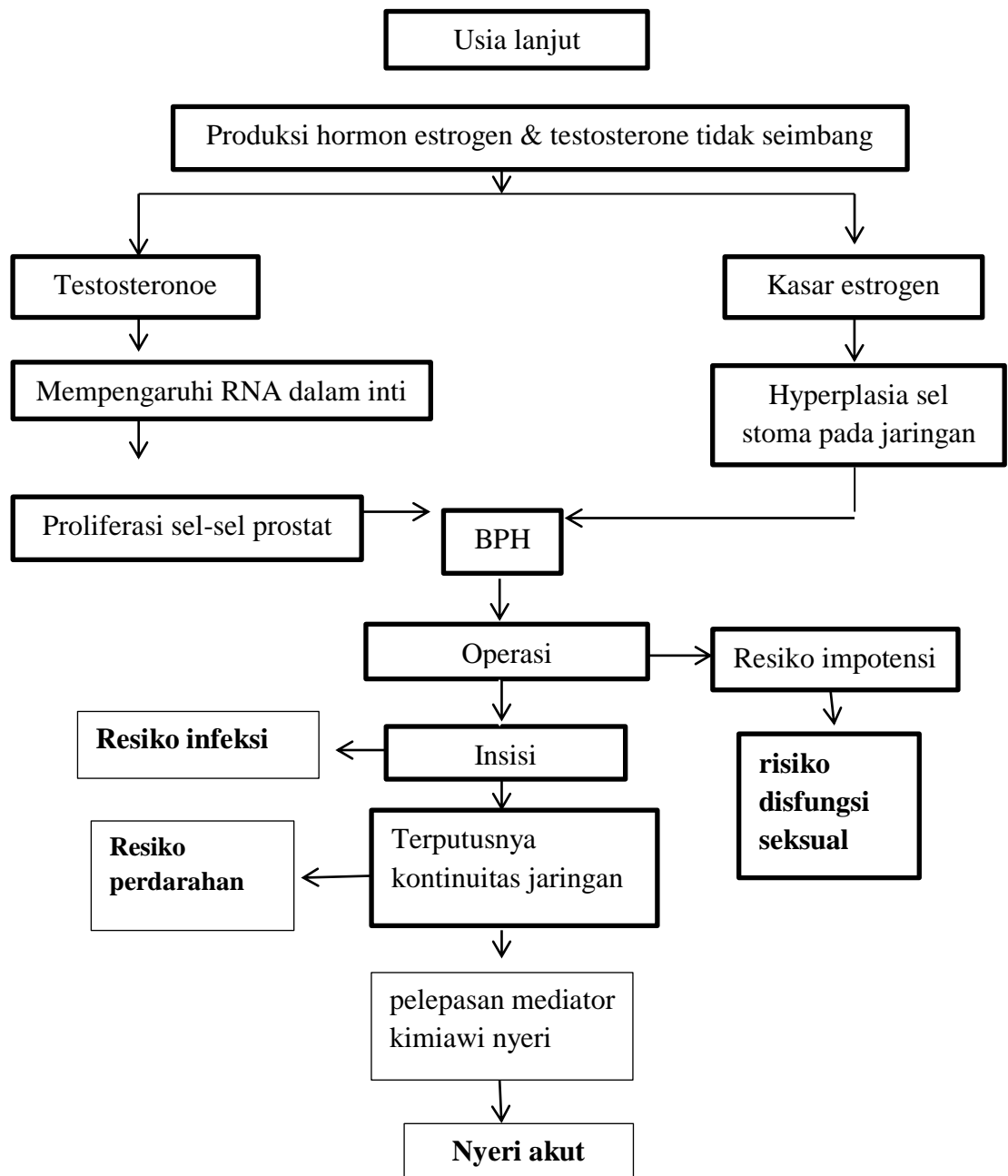
##### 3) Prostatektomi Retro Publis

Pembuatan insisi pada abdomen bawah, tetapi kandung kemih tidak dibuka, hanya ditarik dan jaringan adematous prostat diangkat melalui insisi pada anterior kapsula prostat.

#### 4) Prostatektomi Parineal

Merupakan pembedahan dengan kelenjar prostat dibuang melalui parineum.

## 9. Pathway



## **B. KONSEP TURP**

*Transurethral Resection of Prostat (TUR-P)* merupakan prosedur pembedahan dengan memasukkan resektoskopi melalui uretra untuk mengeksisi dan mengkauterisasi atau mereseksi kelenjar prostat yang obstruksi. Prosedur pembedahan TUR-P menimbulkan luka bedah yang akan mengeluarkan mediator nyeri dan menimbulkan nyeri pasca bedah (Purnomo, 2011).

Komplikasi pasca TUR-P diantaranya infeksi, obstruksi persisten, pergeseran kateter yang tidak disengaja, stenosis uretra atau leher kandung kemih, epididimitis, inkontinensia urine, ejakulasi retrograd dan perdarahan (Gray, 2014). Menurut Abdullah (2011) menyatakan perdarahan pasca operasi merupakan komplikasi yang sering terjadi pada pasien yang dilakukan TUR-P, kolmert dan Norlen melaporkan bahwa 20% pasien yang dilakukan TUR-P memerlukan transfusi perioperatif. Bila terdapat perdarahan pasca TUR-P, ahli urologi sering melakukan traksi kateter dan irigasi kandung kemih. Perdarahan pascaoperasi TUR-P secara langsung akan mempengaruhi lama kateter dipertahankan pasca TUR-P.

## **C. KONSEP NYERI AKUT**

### **1. Definisi nyeri**

Nyeri merupakan suatu bentuk dari ketidaknyamanan yang didefinisikan dalam berbagai perspektif. Asosiasi Internasional untuk penelitian nyeri (*Internasional Association for the study of pain*, IASP

1979) menurut Suzanne C. Smeltzer, (2002) yang diambil dari buku Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri oleh Sulistyo Andarmoyo (2013) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual, potensial, atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian saat terjadi kerusakan.

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan, dan muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau dapat juga digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa International Association for the Study of Pain; awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang dari enam bulan (Herdman, 2009).

Rasa nyeri yang terjadi pada tubuh sebenarnya merupakan respon pertahanan untuk memberitahukan adanya kerusakan yang berbahaya pada jaringan tubuh (Tortora & Derrickson, 2012).

## 2. Klasifikasi Nyeri

Wolf (1989) dalam Sulistyo Andarmoyo (2013) secara kualitatif membagi nyeri menjadi dua jenis, yaitu nyeri fisiologis dan nyeri patologis. Perbedaan utama antara kedua jenis nyeri ini adalah nyeri fisiologis formal berfungsi sebagai alat proteksi tubuh. Sementara nyeri patologis merupakan sensor abnormal yang dirasakan oleh

seseorang yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adanya trauma dan infeksi bakteri ataupun virus.

a) Klasifikasi nyeri berdasarkan durasi :

1) Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cidera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat.

2) Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik berlangsung lama, intensitas yang bervariasi, dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik dapat tidak mempunyai awitan yang diterapkan dengan tepat dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya.

b) Klasifikasi nyeri berdasarkan asal :

1) Nyeri nosiseptif

Nyeri nosiseptif merupakan nyeri yang diakibatkan oleh aktivasi atau sensitasi nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus noxious.

## 2) Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan hasil suatu cedera atau abnormalitas yang didapat pada struktur saraf perifer maupun sentral. Berbeda dengan nyeri nosiseptif, nyeri neuropatik bertahan lebih lama dan merupakan proses input saraf sensorik yang abnormal oleh sistem saraf perifer.

### c) Sifat Nyeri

Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. Menurut McCaffery (1980) dalam Sulistyio Andarmoyo (2013), *“Whatever the experiencing personsays it is, existing whenever he says it does”*. Nyeri adalah segala sesuatu yang dikatakan seseorang tentang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja seseorang mengatakan bahwa ia merasa nyeri. McMahon (1994) dalam Sulistyio Andarmoyo (2013) menemukan 4 atribut pasti untuk pengalaman nyeri, antara lain

- (1) nyeri bersifat individu;
- (2) tidak menyenangkan;
- (3) merupakan sesuatu kekuatan yang mendominasi;
- (4) bersifat tidak berkesudahan.

Nyeri adalah suatu mekanisme protektif bagi tubuh, ia timbul bilamana jaringan sedang dirusak dan ia menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsang nyeri tersebut. Nyeri merupakan suatu peringatan bahwa sedang terjadi di

kerusakan jaringan, yang harus menjadi pertimbangan utama perawat saat mengkaji nyeri.

d) Factor – factor yang mempengaruhi rasa nyeri

McCaffery dan Pasero (1999) dan Prasetyo (2010) menyatakan bahwa hanya klienlah yang paling mengerti dan memahami tentang nyeri yang ia rasakan. Oleh karena itulah dikatakan klien sebagai *expert* tentang nyeri yang ia rasakan.

Terdapat berbagai faktor yang dapat mempengaruhi persepsi individu terhadap nyeri. Sebagai tenaga kesehatan, seorang perawat perlu memahami faktor-faktor tersebut agar dapat memberikan pendekatan yang tepat dalam pengkajian dan perawatan terhadap klien yang mengalami masalah nyeri. Faktor-faktor tersebut antara lain:

1) Usia

Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan perawat yang menyebabkan nyeri. Sebab, mereka belum dapat mengucapkan kata-kata untuk mengungkapkan secara verbal dan mengekspresikan nyeri kepada orang tua atau petugas kesehatan. Pada sebagian anak, terkadang segan untuk mengungkapkan keberadaan nyeri yang ia alami disebabkan mereka takut akan tindakan perawatan yang harus mereka terima nantinya.

Pada pasien lansia, seorang perawat harus melakukan pengkajian secara lebih rinci ketika seorang lansia melaporkan adanya nyeri. Pada kondisi lansia sering kali memiliki sumber nyeri yang lebih dari satu. Terkadang penyakit yang berbeda-beda yang diderita lansia menimbulkan gejala yang sama, sebagai contoh nyeri dada tidak selalu mengindikasikan serangan jantung. Nyeri dada dapat timbul karena gejala arthritis pada spinal dan gejala pada gangguan abdomen. Sebagian lansia terkadang pasrah terhadap apa yang mereka rasakan. Mereka menganggap hal tersebut merupakan konsekuensi penuaan yang tidak bisa dihindari.

## 2) Jenis Kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespons terhadap nyeri. Beberapa kebudayaan mempengaruhi jenis kelamin dalam memaknai nyeri (misal; menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama) (Potter & Perry, 2006) dalam Sulisty Andarmoyo (2013).

## 3) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka.

#### 4) Makna nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu tersebut. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara berbeda-beda, apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan.

#### 5) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan sesuatu perasaan ansietas.

#### 6) Perhatian

Tingkat seseorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat memengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respons nyeri yang menurun (Gill, 1990 dalam Potter & Perry, 2006) dalam Sulisty Andarmoyo (2013).

#### 7) Pengalaman sebelumnya

Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita nyeri yang berat maka ansietas atau bahkan rasa takut dapat muncul.

Sebaliknya, apabila individu mengalami nyeri dengan jenis yang sama berulang-ulang, tetapi kemudian nyeri tersebut dengan berhasil dihilangkan, akan lebih mudah bagi individu tersebut untuk menginterpretasikan sensasi nyeri akibatnya, klien akan lebih siap untuk melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan nyeri (Potter & Perry, 2005) dalam Sulisty Andarmoyo (2013).

#### 8) Gaya coping

Nyeri dapat menyebabkan ketidakmampuan, baik sebagian maupun keseluruhan/total. Klien seringkali menemukan berbagai cara untuk mengembangkan coping terhadap efek fisik dan psikologis nyeri. Penting untuk memahami sumber-sumber coping klien selama ia mengalami nyeri. Sumber-sumber seperti 24 berkomunikasi dengan keluarga pendukung melakukan latihan, atau menyanyi dapat digunakan dalam rencana asuhan keperawatan dalam upaya mendukung klien dan mengurangi nyeri sampai tingkat tertentu (Potter & Perry, 2006) dalam Sulisty Andarmoyo (2013).

#### 9) Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang bermakna memengaruhi respons nyeri adalah kehadiran orang-orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien. Individu yang mengalami nyeri sering kali bergantung pada anggota keluarga atau teman dekat

untuk memperoleh dukungan, bantuan, atau perlindungan. Walaupun nyeri tetap klien rasakan, kehadiran orang yang dicintai klien akan meminimalkan kesepian dan ketakutan. Apabila tidak ada keluarga atau teman, seringkali pengalaman nyeri membuat klien semakin tertekan. Kehadiran orangtua sangat penting bagi anak- anak yang sedang mengalami nyeri (Potter & Perry, 2006) dalam Sulisty Andarmoyo (2013).

#### 10) Penilaian respon intensitas nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri 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 fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Namun pengukuran dengan 25 teknik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Tamsuri, 2007) dalam Sulisty Andarmoyo (2013). Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala sebagai berikut:

##### 1. Numerik

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tidak Nyeri									Sangat nyeri	

## 2. Deskriptif

Tidak nyeri	Nyeri ringan	Nyeri sedang	Nyeri berat	Nyeri sangat hebat	Nyeri paling hebat
----------------	-----------------	-----------------	----------------	--------------------------	--------------------------

## 3. Analog visual

Tingkat nyeri	Nyeri tertahan	sangat	tidak
---------------	-------------------	--------	-------

**Gambar 2.2 : Skala Penilaian Nyeri**

### a. Skala Numerik

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

### b. Skala Deskriptif

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskripsi verbal ( Verbal Descriptor Scale) VDS merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsian ini dirangking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan.

c. Skala Analog Visual

Skala analog visual (Visual analog scale, VAS) adalah suatu garis lurus/horizontal sepanjang 10cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta untuk menunjuk titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi sepanjang garis tersebut. Ujung kiri biasanya menandakan “tidak ada” atau “tidak nyeri”, sedangkan ujung kanan biasanya menandakan “berat” atau “nyeri yang paling buruk”. Untuk menilai hasil, sebuah penggaris diletakkan sepanjang garis dan jarak yang dibuat pasien pada garis dari “tidak ada nyeri” diukur dan ditulis dalam centimeter (Smeltzer, 2002) dalam Sulisty Andarmoyo (2018).

e) Karakteristik Nyeri

Untuk membantu pasien dalam mengutarakan masalah/keluhan secara lengkap, pengkajian yang bisa dilakukan oleh perawat untuk mengkaji katakteristik nyeri bisa menggunakan pendekatan analisis symptom. Komponen pengkajian analisis symptom meliputi (PQRST) :

P (Paliatif Provocatif = yang menyebabkan timbulnya masalah), Q (Quality dan Quantity = kualitas dan kuantitas nyeri yang dirasakan), R (Region = lokasi nyeri), S (Saverity = keparahan), T (Timing = waktu).

Tabel analisis symptom pengkajian nyeri

P	Q	R	S	T
Provokatif atau paliatif	Kualitas atau kuantitas	Regional/area terparpar/radiasi	Skala Keperawatan	Timing atau waktu
Apakah yang menyebabkan gejala? Apa saja yang dapat mengurangi dan memperberatnya?	Bagaimana gejala (nyeri) dirasakan, sejauhmana anda merasakan ya sekarang?	Dimana gejala terasa? Apakah penyebab ?	Seberapa keparahan dirasakan (nyeri dengan skala berapa? (1-10)	Kapan gejala mulai timbul ? Apakah tiba atau bertahap
1) Kejadian Awal apakah Yang dilakukan sewaktu gejala (nyeri) pertama kali dirasakan? Apakah yang menghilangkan gejala nyeri 2) apakah yang memperbesar gejala nyeri ?	1) Kualitas bagaimana gejala nyeri dirasakan? 2) Kuantitas sejauhmana gejala nyeri dirasakan sekarang? Sangat dirasakan hingga tidak dapat melakukan aktivitas? Lebih parah atau lebih ringan dari yang dirasakan	1) Area dimana gejala nyeri dirasakan? 2) Radiasi Area terpapar apakah nyeri merambat pada punggung atau lengan? Merambatkan pada leher atau meramb	1) Nyeri yang dirasakan pada skala berapa ? Apakah ringan, sedang, berat atau tertahan (1-10)	1) Onset, tanggal dan jam gejala terjadi. 2) Jenis, tiba-tiba atau bertahap 3) Frekuensi setiap jam, hari, minggu, bulan, sepanjang hari, pagi 1) Onset, tanggal dan jam gejala terjadi. 2) Jenis, tiba-tiba atau bertahap 3) Frekuensi

	sebelumnya	bat	setiap jam,
	a	pada	hari,
		kaki ?	minggu, bul
T			an,
a			sepanjangh
b			ari,
e			pagi, siang ,
l			malam,
			menggang
			gu istirahat
			tidur?
			Terjadi
			kekambuha
			n ?
			4) Durasi
			seberapa
			lama gejala
			dirasakan

Sumber : Patricia Morton , Health Assesment in Nursing ,  
Springhouse Corportation, Spring house, Pennsylvania, 1991  
dalam piharjo 1996 dalam sulistyo Andarmoyo (2013).

## **D. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Menurut Hidayat (2012), pengkajian adalah langkah awal dari tahapan proses keperawatan, kemudian dalam mengkaji harus memperhatikan data dasar dari pasien, untuk informasi yang diharapkan dari pasien. Pengkajian pada seluruh tingkat analisis (individu, keluarga, komunitas) terdiri atas data objektif dari pemeriksaan diagnostic dan sumber lain. Pengkajian individu terdiri atas riwayat kesehatan (data subyektif) dan pemeriksaan fisik (data objektif). Terdapat dua jenis pengkajian yang dilakukan untuk menghasilkan diagnose keperawatan yang akurat, komprehensif dan focus. Pengkajian komprehensif mencakup seluruh aspek kerangka pengkajian keperawatan seperti 11 pola kesehatan fungsional Gordon Hidayat (2009) bahwa pengkajian pada masalah pemenuhan kebutuhan nyeri adalah sebagai berikut:

#### **a) Identitas**

Data yang dikumpulkan perawat klien dengan kemungkinan BPH meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, tanggal atau jam masuk rumah sakit, nomor register, diagnosa, nama orang tua, pekerjaan, agama, dan suku bangsa.

#### **b) Riwayat penyakit sekarang**

Keluhan utama yang dirasakan pasien biasanya nyeri saat miksi, pasien juga sering BAK berulang ulang (anyang-

anyangan). Data fokus yang dapat diambil dari riwayat penyakit sekarang adalah

pengkajian nyeri yang meliputi (PQRST).

P (Paliatif Provocatif = yang menyebabkan timbulnya masalah) :

Pada pasien post operasi TUR-P biasanya nyeri dirasakan karena bekas operasi.

Q (Quality dan Quantity = kualitas dan kuantitas nyeri yang dirasakan) : Nyeri yang dirasakan terus-menerus, nyeri yang dirasakan pasien seperti diremas-remas ataupun rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk.

R (Region = lokasi nyeri) : Pasien biasanya mengeluh nyeri di bawah kandung kemih.

S (Saverity = keparahan) : Skala penilaian numerik (Numerical rating scales, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Penilaian skala nyeri dapat dikelompokkan menjadi :

- 1) Skala nyeri 0: Tidak ada rasa sakit (nyeri), merasa normal.
- 2) Skala nyeri 1-3 (nyeri ringan): Masih bisa ditahan, tidak mengganggu aktivitas.
- 3) Skala nyeri 4-6 (nyeri sedang): Mengganggu aktivitas fisik.

4) Skala nyeri 7-10 (nyeri berat): Tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri.

Untuk penilaian skala nyeri pada pasien BPH, tergantung pada kondisi pasien saat kita mengkaji. Jadi pada setiap pasien tidak bias sama, namun yang biasa muncul adalah rentang skala nyeri 1-6.

T (Timing = waktu) : Kapan pasien merasakan nyeri dan seberapa sering gejala itu muncul. Biasanya nyeri pada pasien BPH dapat hilang timbul dalam waktu yang lama. Misalkan pasien merasakan nyeri selama 1-2 menit, kemudian rasa nyeri itu hilang. Sering terasa nyeri saat digunakan beraktivitas.

c. Riwayat penyakit dahulu

Tentang pengalaman penyakit sebelumnya pada pasien post operasi TURP, apakah ada penyakit yang dapat berpengaruh pada penyakit yang di derita pasien sekarang, yang juga dapat mempengaruhi kelancaran pengobatan, serta apakah pernah mengalami pembedahan sebelumnya.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah ada keluarga yang menderita penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes mellitus, gangguan jiwa dan

penyakit menular seperti hepatitis dan TBC. Tidak terdapat keluarga yang menderita penyakit seperti pasien. Dan tidak terdapat penyakit keturunan.

e. Pola fungsi kesehatan

1) Pola hidup dan tatalaksana hidup sehat

Adakah kebiasaan merokok, penggunaan obat-obatan, alkohol dan kebiasaan olahraga (lama frekuensinya), bagaimana status ekonomi keluarga, kebiasaan merokok dalam mempengaruhi penyembuhan luka. Biasanya penderita BPH mempunyai gaya hidup yang tidak sehat, makanan yang kurang sehat, dan suka mengonsumsi alkohol, dan merokok.

2) Pola tidur dan istirahat

Insisi pembedahan dapat menimbulkan nyeri yang sangat sehingga dapat mengganggu kenyamanan pola tidur klien. Klien sering mengeluh pola tidurnya terganggu.

3) Pola aktivitas

Aktivitas dipengaruhi oleh keadaan dan malas bergerak karena rasa nyeri luka operasi, aktivitas biasanya terbatas karena harus bedrest beberapa waktu yang cukup lama setelah pembedahan. Pada pasien post operasi TUR-P mudah berkeringat saat melakukan aktivitas, mengalami gangguan saat melakukan aktivitas mandiri.

#### 4) Pola hubungan dan peran

Dengan keterbatasan gerak kemungkinan penderita tidak bias melakukan peran baik dalam keluarganya dan dalam masyarakat. Penderita mengalami emosi yang tidak stabil. Namun, tidak begitu banyak mengganggu sosialisasi pasien terhadap lingkungan dan masyarakat.

#### 5) Pola sensorik dan kognitif

Ada tidaknya gangguan sensorik nyeri, penglihatan, peran serta pendengaran, kemampuan berpikir, mengingat masa lalu, orientasi terhadap orang tua, waktu, dan tempat. Pada pasien post operasi TUR-P fungsi indra penciuman, pendengaran, penglihatan, perasa, peraba tidak mengalami gangguan. Pasien merasakan nyeri. Pasien mengetahui penyakit yang dialaminya akan segera sembuh dengan dilakukannya pengobatan medis.

#### 6) Pola penanggulangan stress

Kebiasaan klien yang digunakan dalam mengatasi masalah tersebut. Pada pasien post operasi TUR-P emosi masih stabil, sabar dalam proses pengobatan.

#### 7) Pola tata nilai dan kepercayaan

Bagaimana keyakinan klien terhadap agamanya dan bagaimana cara klien mendekatkan diri dengan Tuhan selama sakit. Pasien dengan post operasi TUR-P dapat melakukan

ibadah agama yang dianutnya dengan kemampuan yang dimilikinya.

## **2. Pemeriksaan fisik**

### **a. Kesadaran umum**

Kesadaran pada pasien BPH biasanya *composmetis*, kesadaran menunjukkan keadaan sakit ringan sampai berat tergantung pada periode rasa nyeri. Tanda vital pada umumnya stabil.

### **b. Tanda-tanda vital**

1) Tekanan darah : Mengalami peningkatan pada tekanan darah.

2) Nadi : Adanya peningkatan nadi. Hal ini merupakan bentuk kompensasi dari nyeri yang timbul akibat obstruksi meatus uretalis dan adanya distensi bladder.

3) Respirasi : Terjadi peningkatan frekuensi nafas akibat nyeri yang dirasakan pasien.

4) Suhu : Terjadi peningkatan suhu akibat retensi urin yang berlangsung lama seiring ditemukan adanya tanda gejala urosepsis.

### **c. Sistem pernafasan**

Inspeksi : Biasanya klien terjadi sesak nafas.

Palpasi : Pada palpasi supra simfisis akan teraba distensi bladder. Auskultasi : Biasanya terdengar suara nafas tambahan seperti ronchi, wheezing, suara nafas menurun, dan

perubahan bunyi nafas

d. Sistem kardiovaskuler

Inspeksi : Tidak terdapat sianosis, tidak terdapat perubahan letak maupun pemeriksaan pada inspeksi.

Palpasi : Biasannya denyut nadi meningkat akral hangat.

Perkusi : Pada pemeriksaan manusia normal pemeriksaan perkusi yang didapatkan pada thorax adalah redup.

e. Sistem persyarafan

Inspeksi : Klien menggigil, kesadaran menurun dengan adanya infeksi dapat terjadi urosepsis berat sampai pada syok septik

f. Sistem perkemihan

Inspeksi: Terdapat massa padat dibawah abdomen bawah (distensi kandung kemih)

Palpasi: Pada palpasi bimanual ditemukan adanya rabaan pada ginjal. Dan pada palpasi supra simfisis akan teraba distensi bladder dan terdapat nyeri tekan.

Perkusi: Dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya residual urin terdapat suara redup dikandung kemih karena terdapat residual (urin)

g. Sistem pencernaan

1) Mulut dan tenggorokan: Hilang nafsu makan mual dan muntah.

## 2) Abdomen

Inspeksi: Bentuk abdomen datar, tidak terdapat masa dan benjolan.

Auskultasi: Biasanya bising usus normal.

Palpasi: Tidak terdapat nyeri tekan dan tidak terdapat pembesaran permukaan halus

Perkusi: Tympani

### h. Sistem integumen

Palpasi: Kulit terasa panas karena peningkatan suhu tubuh karena adanya tanda gejala urosepsis klien menggigil, kesadaran menurun.

### i. Sistem endokrin

Inspeksi: Adanya perubahan keseimbangan hormon testosteron dan esterogen pada usia lanjut.

### j. Sistem reproduksi

Pada pemeriksaan penis, uretra, dan skrotum tidak ditemukan adanya kelainan, kecuali adanya penyakit penyerta seperti stenosis meatus. Pemeriksaan RC (*rectal toucher*) adalah pemeriksaan sederhana yang paling mudah untuk menegakan BPH. Tujuannya adalah untuk menentukan konsistensi sistem persarafan ungu vesiko uretra dan besarnya prostate.

### k. Sistem muskuloskeletal

Traksi kateter direkatkan di bagian paha klien. Pada paha yang

direkatkan kateter tidak boleh fleksi selama traksi masih diperlukan

### **3. Analisa data**

Menurut (Setiadi, 2012) analisa data diperoleh dari :

#### **a. Data subyektif**

pengumpulan data yang diperoleh dari deskripsi verbal pasien mengenai masalah kesehatannya seperti riwayat keperawatan persepsi pasien. Perasaan dan ide tentang status kesehatannya. Sumber data lain dapat diperoleh dari keluarga, konsultan dan tenaga kesehatan lainnya.

#### **b. Pengumpulan data melalui pengamatan sesuai dengan menggunakan panca indra. Mencatat hasil observasi secara khusus tentang apa yang dilihat dirasa didengar**

### **4. Diagnosa**

Diagnosa Keperawatan menurut SDKI 2016 :

a) Nyeri Akut (D.0077)

b) Risiko Infeksi (D. 0142)

c) Gangguan Eliminasi Urin (D.0040)

### **5. Fokus intervensi**

Intervensi adalah suatu proses perencanaan keperawatan kepada klien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi, dalam teori perencanaan keperawatan dituliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Perencanaan keperawatan disesuaikan dengan kondisi klien dan fasilitas yang ada, sehingga tindakan dapat terselesaikan dengan Spesifik, Mearsure, Arhieverble, Rasional, Time (SMART) selanjutnya akan dilakukan rencana asuhan keperawatan dari diagnose yang telah di tegakkan (Judith M Wilkison, 2012).

NO	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Nyeri Akut	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 hari</p> <p>Diharapkan gangguan nyeri menurun ditandai dengan Kriteria hasil :</p> <p>1) Keluhan nyeri kepala menurun</p> <p>2) Meringis menurun</p> <p>3) Gelisah menurun</p> <p>Sulit tidur</p>	<p>Manajemen Nyeri (I. 08238)</p> <p>Observasi</p> <p>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi,kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2) Identifikasi skala nyeri</p> <p>3) Identifikasi respon nyeri</p> <p>4) Non verbal</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Atur posisi senyaman mungkin</p> <p>2) Berikan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>3) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>4) Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p>

			2) Anjurkan teknik relaksasi nafas dalam Kolaborasi Kolaborasikan pemberian analgentik
2.	Resiko infeksi	<p>Tingkat Infeksi (L.14137)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 hari</p> <p>Diharapkan tingkat infeksi menurun ditandai dengan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebersihan tangan meningkat</li> <li>2) Kebersihan tangan meningkat</li> <li>3) Nafsu makan meningkat</li> <li>4) Demam menurun</li> <li>5) Kemerahan menurun</li> <li>6) Nyeri menurun</li> <li>7) Bengkak menurun</li> <li>8) Vesikel menurun</li> </ol>	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Batasi jumlah pengunjung</li> <li>2) Berikan perawatan kulit pada daerah edema.</li> <li>3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>Ajarkan cara memeriksa luka</li> <li>2) Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ol> <p>Kolaborasi pemberian imunisasi, Jika perlu</p>
3.	Gangguan Eliminasi Urin	<p>Eliminasi Urine (L.04034)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 hari</p> <p>Diharapkan eliminasi urine membaik ditandai dengan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sensasi berkemih membaik.</li> </ol>	<p>Dukungan perawatan diri : BAB/BAK (I.11349)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai</li> </ol>

2. Desakan berkemih menurun.	usia.	2. Monitor integritas kulit pasien.
3. Distensi kandung kemih menurun.		Terapeutik
4. Frekuensi BAK membaik.	1. Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi.	
	2. Dukung penggunaan toilet/pispot/urinal secara konsisten.	
	3. Jaga privasi selama eliminasi	
	4. Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, jika perlu	
	5. Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan.	
	6. Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu.	
	7. Sediakan alat bantu (mis. Kateter eksternal, urinal), jika perlu.	
	Edukasi	
	1. Anjurkan BAK/BAB secara rutin	
	2. Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu.	

## **6. Implementasi**

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling bantu, kemampuan melakukan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi, dan kemampuan evaluasi (Asmadi, 20019).

Tindakan keperawatan yang dilakukan selama memberikan asuhan keperawatan di rumah sakit adalah dengan kolaborasi dengan cara farmakologi dan non farmakologi seperti melakukan pengkajian nyeri, mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, melatih teknik nafas dalam, serta menganjurkan klien untuk meningkatkan istirahat. Distraksi yang memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri, dapat menjadi strategi yang sangat berhasil dan mungkin merupakan mekanisme terhadap teknik kognitif efektif lainnya. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi system kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak. Teknik relaksasi

dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri (Smeltzer and Bare, 2018).

## **7. Evaluasi**

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, klien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, klien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (reassessment) (Asmadi, 2019).

Evaluasi terbagi atas dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif (data berupa keluhan klien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (pembandingan data dengan teori), dan perencanaan (Asmadi, 2018).

Pasien dan keluarga perlu dilibatkan dalam evaluasi supaya dapat melihat perubahan dan berusaha mempertahankan serta memelihara. Pada evaluasi sangat diperlukan reinformant untuk menguatkan perubahan yang positif. Pasien dan keluarga juga dimotivasi untuk melakukan self-reinforcement (Prabowo, 2014)

## **E. Metode Penelitian**

Menjelaskan secara detail langkah-langkah yang akan dilakukan pada penelitian dalam dilakukan penelitian dan pengumpulan data. Dan dapat dilakukan berinteraksi pada individu, keluarga atau subyek penelitian lainnya serta menggunakan metode atau cara yang dapat digunakan dalam pengambilan data untuk dapat mengaplikasikan dengan teori pengkajian yang dipilih. Adapun metodologinya dapat meliputi sebagai berikut.

### **1. Jenis, Rancangan, Penelitian, Pendekatan**

Dalam pembuatan rancangan dalam proposal karya tulis ilmiah ini dengan menggunakan rancangan kuantitatif deskriptif dengan rancangan study kasus.

Desain dari studi kasus tergantung dengan keadaan kasus tetapi masih mempertimbangkan waktu. Adanya riwayat dan pola perilaku sebelumnya dan biasanya harus dikaji secara runtut dan rinci. Keuntungan yang paling penting besar dari desain ini merupakan pengkajian secara runtut dan rinci dapat memiliki jumlah meskipun dari responden sedikit, sehingga akan mendapatkan gambaran dalam

satu unit mendapatkan subjek secara jelas, misalnya studi kasus tentang “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Tn/Ny. X Dengan Post Operasi Benign Prostatic Hiperlasia (Bph) Hari Ke-5 Dengan Fokus Intervensi Bladder Training Terhadap Pengembalian Pola Normal Perkemihan Di Rsud Dr. R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi” penelitian ini dapat mengkaji secara variable dari kasus yang ada akan memulai penemuan masalah bio-psiko-sosial-spritual (Nursalam, 2014)

## **2. Subyek Penelitian**

subyek dalam studi kasus ini yaitu pasien Post Operasi Benign Prostatic Hiperlasia (Bph) yang menjalani perawatan inap.

## **3. Waktu dan Tempat**

Di Rsud Dr. R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi. Perawatan yang akan dilakukan minimal selama 3 hari dengan masalah keperawatan Benign Prostatic Hiperlasia (Bph)

## **4. Fokus Studi**

Penelitian ini berfokus pada pemberian asuhan keperawatan pada klien fokus intervensi bladder Training dalam bentuk pengembalian pola normal perkemihan

## **5. Instrumen Pengumpulan Data**

Instrumen ini merupakan alat yang dapat digunakan dalam pengumpulan data yaitu cara peneliti untuk dapat mengumpulkan data dalam penelitian (Alimul, 2010)

Instrumen penelitian adalah alat dan fasilitas yang dapat digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaan tugasnya lebih mudah dan hasilnya lebih maksimal atau lebih baik (Saryono, 2010)

Instrumen yang dapat digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut :

- a. Stetoskop
- b. Sphygmomanometer

## **6. Metode Pengumpulan Data**

Menurut Alimul (2017) pada karya tulis ini dalam metode pengambilan data yang dapat digunakan sebagai berikut :

- a. Wawancara

Wawancara ini merupakan metode adanya pengumpulan data dapat mewawancarai dengan secara langsung dari responden yang secara mendalam serta adanya jumlah responden yang sedikit. Adanya metode tersebut wawancara ini dapat digunakan instrumen, seperti adanya pedoman wawancara kemudian daftar periksa lalu checklist.

- b. Observasi

Observasi ini adalah adanya cara melakukan pengumpulan data penelitian dengan adanya observasi secara langsung pada responden yang dapat dilakukan penelitian yang dapat mencari perubahan atau hal hal yang akan dirancang atau diteliti. Dalam metode ini terdapat adanya instrumen yang dapat digunakan antara

lain pada lembar observasi, panduan pengamatan, observasi atau Checklist.

## **7. Etika Penelitian**

Etika penelitian menurut Alimun (2009), yang bertujuan dapat melindungi hak hak subyek. Dalam penelitian ini peneliti yang dapat menekankan masalah dan etika yang dapat melindungi :

### **a. Informed Consent**

Informed Consent adalah bentuk yang ada persetujuan antara peneliti dan adanya responden penelitian. Informed consent ini juga dapat diberikan sebelum adanya penelitian ini bisa dapat dilakukan dengan memberikan adanya lembar persetujuan untuk dapat menjadi responden. Yang bertujuan untuk agar subyek yang bisa bisa mengerti maksud dan tujuan penelitian serta dapat mengetahui dampaknya. Jika subyek sudah bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan tetapi jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati responden.

### **b. Anonymity**

Masalah keperawatan yang merupakan masalah bisa memberikan jaminan yang dapat di gunakan subyek peneliti dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar atau alat ukur dan hanya dapat menuliskan kode atau inisial pada lembar pengumpulan data atau mendapatkan hasil penelitian yang akan dapat disajikan.

c. Confidentiality

Semua informasi yang di kumpulkan di jamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya bisa mngkelompokkan data yang bisa di tentukan akan dapat di laporkan pada hasil riset.