

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep BPH (*Benigna Prostat Hiperplasi*)

2.1.1 Pengertian

Benigna Prostat Hiperplasi atau *Benigna Prostat Hyipelasi* (BPH) disebut juga *Nodular Hyperplsia Benigh Prostatic Hypertrophy* atau *Benigh Enlargement of the prostate* (BEP) yang merujuk kepada peningkatan ukuran prostat pada laki-laki usia pertengahan dan usia lanjut (Toto Suharyanto dan Abdul Majid, 2013).

Benigna prostat hypertropi (BPH) adalah pembesaran kelenjar dan jaringan seluler kelenjar prostat yang berhubungan dengan perubahan endokrin berkenaan dengan proses penuaan. 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 menyempit (Toto Suharyanto dan Abdul Majid, 2013).

hyperplasi 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 *urinary hesitancy*, sering berkemih, peningkatan resiko infeksi saluran kemih dan retensi urin (Toto Suharyanto dan Abdul Majid, 2013).

2.1.2 Etiologi

Penyebab BPH belum diketahui secara pasti, tetapi dapat dikaitkan dengan keberadaan hormonal yaitu hormone laki-laki (Androgen yaitu dengan testosteron). Diketahui bahwa hormone estrogen juga ikut berperan sebagai penyebab BPH. Hal ini, didasarkan pada fakta bahwa BPH

terjadi ketika seseorang laki-laki dari hormon estrogen meningkat dan kadar hormone testosteron menurun, dan ketika jaringan prostat menjadi lebih sensitive terhadap eskrogen serta kurang responsif terhadap :*Dihydrotestosteron* (DHT), yang merupakan testostosterone eksogen. Hasil rise di China menunjukan bahwa laki-laki bahawa diderah pedesaan sangat rendah terkena BPH dibanding dengan laki-laki yang hidup didaerah perkotaan. Hal ini terkait dengan gaya seseorang. Laki-laki bergaya hidup seperti orang berat berisiko lebih tinggi terkena gejala BPH dibanding dengan laki-laki yang bergayahidup tradisional atau pedesaan (Toto Suharyanto dan Abdul Majid, 2013)

2.1.3 Gejala Benigh Prostat Hyperplasia

Gejala klinis yang ditimbulkan oleh *Benigh Prostat Hyperlepsia* sebagai *syndrome Prostatisme Syndroma Prostatisme* dibagi menjadi dua yaitu :

2.1.3.1 Gejala Obstrukif yaitu :

- a. Hesitansi yaitu memulai kencing yang lama dan sering kali disertai dengan mengejanyang disebabkan oleh karena otot desrussor buli-buli memerlukan waktu beberapa lama meningkatkan tekanan intraversikal guna mengatasi adanya tekanan uretra prostatika
- b. *Intermittency* yaitu terputus-putusnya aliaran kencing yang disebabkan karena ketidakmampuan otot *destrussor* dalam mempertahankan tekanan intra vesika sampai berakhirnya miksi.
- c. *Triminal dribbling* yaitu menetesnya urin pada akhir kencing
- d. Pancaran lemah : kelemahan kekuatan dan kaliber pancaran destrussor memerlukan waktu untuk dapat melampaui tekanan di uretrarasa tidak puas setelah berakhirnya buang air kecil dan terasa belum puas.

2.1.3.2 Gejala Iritasi yaitu :

- a. *Urgency* yaitu perasaan ingin buang air kecil yang sulit ditahan.
- b. Frekuensi yaitu penderita miksi lebih sering dari biasanya dapat terjadi pada malam hari (Nocturia) dan pada siang hari
- c. Disuria yaitu nyeri pada waktu kencing

Menurut Suharyanto dan Madjid (2013) manifestasi klinis klien dengan BPH adalah:

- a. Poliuria (orang sering buang air kemih), karena kandung kemih hanya mampu mengeluarkan sedikit air kemih.
- b. Aliran air kemih menjadi terhambat karena terjadi penyempitan uretra.
- c. Hematuria (air kemih mengandung darah), akibat kongesti basis kandung kemih.
- d. Retensi urin (tidak bisa berkemih)
- e. Hidronefritis dan kegagalan ginjal terjadi akibat tekanan balik melewati ureter ke ginjal.

2.1.4 Derajat Benigne Prostat Hyperplasia

Benign Prostat Hyperplasia terbagi dalam 4 derajat sesuai dengan gangguan klinisnya :

2.1.4.1 Derajat satu , keluhan prostatisme ditemukan penonjolan prostat 1-2 cm, sisa urin kurang 50 cc, pancaran lemah, nocturia, berat $\pm$ 20 gram.

2.1.4.2 Derajat dua, keluhan miksi terasa panas, sakit disuria, nocturia bertambah berat, panas badan tinggi (menggigil), nyeri daerah pinggang, prostat lebih menonjol, batas atas masih teraba, sisa urine 50-100 cc dan beratnya $\pm$ 20-40 gram

2.1.4.3 Derajat tiga, gangguan lebih berat dari derajat dua, batas sudah tak teraba, sisa urin lebih 100 cc, penonjolan prostat 3-4 cm, dan beratnya 40 gram.

2.1.4.4 Derajat empat, inkontenensia, prostat lebih menonjol dari 4 cm, ada penyulit keginjal seperti gagal ginjal, hydronephrosis.

2.1.5 Patofisiologi

Sejalan dengan pertambahan umur, kelenjar prostat akan mengalami hyperplasia, jika prostat membesar akan meluas ke atas (Bladder), didalam mempersempit saluran uretra prostatica dan menyumbat aliran urine. Keadaan ini dapat meningkatkan tekanan intravesikal. Sebagai kompensasi terhadap tahanan uretra prostatica, maka otot detrusor dan buli-buli berkontraksi lebih kuat untuk dapat memompa urine keluar. Kontraksi yang terus-menerus menyebabkan perubahan anatomi dari buli-buli berupa : Hipertropi otot detrusor, trabekulasi, terbentuknya selula, sekula dan difertikel buli-buli. Perubahan struktur pada buli-buli dirasakan pasien sebagai keluhan pada saluran kencing bagian bawah atau *Lower Urinary Tract Symptom/LUTS*. (Basuki, 2000 :76)

Pada fase-fase awal dari *prostat Hyperplasia*, kompensasi oleh *muskulus destrusor* berhasil dengan sempurna. Artinya pola dan kualitas dari miksi tidak banyak berubah. Pada fase ini disebut sebagai *Prostat Hyperplasia Kompensata*. Lama kelamaan kemampuan kompensasi menjadi berkurang dan pola serta kualitas miksi berubah, kekuatan serta lama kontraksi dari *muskulus destrusor* menjadi tidak adekuat sehingga tersisalah urine didalam buli-buli saat proses miksi berakhir sering kali *Prostat Hyperplasia* menambah kompensasi ini dengan jalan meningkatkan tekanan intra abdominal (mengejan) sehingga tidak jarang disertai timbulnya hernia dan haemorhoid puncak dari kegagalan kompensasi adalah tidak berhasilnya melakukan ekspusi urine dan terjadinya retensi urine, keadaan ini disebut sebagai *Prostat Hyperplasia Dekompensata*. Fase Dekompensasi yang masih akut menimbulkan rasa nyeri dan dalam beberapa hari menjadi kronis dan terjadilah *inkotonensia* urine secara berkala akan mengalir sendiri tanpa dapat dikendalikan, sedangkan buli-buli tetap penuh. Ini terjadi

oleh karena buli-buli tidak sanggup menampung atau dilatasi lagi. Puncak dari kegagalan kompensasi adalah ketidakmampuan otot detrusor memompa urine dan menjadi retensi urin. Retensi urine yang kronis dapat mengakibatkan kemunduran fungsi ginjal (Sunaryo, H. 1999 : 11)

2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Suharyanto dan Madjid (2013) pemeriksaan diagnostic benigna prostat hiperplasia adalah:

2.1.6.1 Pemeriksaan rectum : yaitu melakukan palpasi pada prostat melalui rectum atau *rectal tuocher*, untuk mengetahui pembesaran prostat.

2.1.6.2 Urinalisis : Untuk medeteksi adanya protein atau darah dalam air kemih, berat jenis osmolalitas, serta pemeriksaan mikroskopik air kemih.

2.1.6.3 Pemeriksaan labotatorium (darah)

2.1.6.4 *Cytoscopy* : untuk melihat gambaran pembesaran prostat dan perubahan dinding kandung kemih.

2.1.6.5 *Transrectal ultrasonography* dilakukan untuk mengetahui pembesaran adanya hidronefrosis.

2.1.6.6 *Intravenous pyelography (IVP)* : untuk mengetahui struktur kaliks, pelvis dan ureter. Struktur ini akan mengalami distorsi bentuk apabila terdapat kista, lesi.

2.1.7 Penatalaksanaan

2.1.7.1 Perubahan gaya hidup

yaitu mengurangi minum-minuman beralkohol dan yang mengandung kafein.

2.1.7.2 Pengobatan :

a. *Alpha blocker*, serta *α_1 -adrenergic receptor antagonists* (misalnya : *Doxazosin*, *Terazosin*, *Alfuzosin*, dan *Tamsulosin*), dapat memperbaiki gejala-gejala BPH. *Alpha*

blockers dapat merelaksasi otot pada prostat dan leher kandung kemih, dan menurunkan derajat hambatan aliran urine.

- b. *5 α -reductase inhibitors* (misalnya : *finasteride* and *dutasteride*) ketika digunakan bersama dengan *alpha blockers* dapat menurunkan progresitas pembesaran prostat.

2.1.7.3 Pemberian obat antimicrobial

2.1.7.4 Pembedahan

Prostatectomy adalah pembedahan dengan mengeluarkan seluruh atau sebagian dari kelenjar prostate. Abnormalitas prostate, seperti sebuah tumor atau apabila kelenjar prostate membesar karena berbagai alas dapat menghambat aliran urine.

Terdapat beberapa bentuk operasi pada prostat diantaranya :

- a. *Transurethral resection of prostate (TRUP)*

Suatu alat sitoscopy dimasukan melalui uretra keprostat dimana jaringan disekeliling eksisi.

TRUP adalah suatu pembedahan yang dilakukan pada BPH dan hasilnya sempurna dengan tingkat keberhasilan 80-90%.

- b. *Open Prostatectomy*

Open Prostatectomy adalah prosuder pembedahan dengan melakukan insisi pada kulit dan mengangkat noma prostat melalui kapsul (*retropubic prostatectomy*) atau RPP, atau melalui kandung kemih (*suprapubic prostatectomy*) atau SPP, *open prostatectomy* apabila masa prostat lebih dari 60 gram (Doengoes, 1993)

- c. *Laparoscopy prostatec*

Suatu *laparoscopi* atau empat insisi kecil dibuat di abdomen dan seluruh prostat dikeluarkan secara hati-hati dimana saraf-saraf lebih mudah rusak dengan teknik *retropubic* atau *suprapubic*. *Laparoscopic prostatectomy* lebih menguntungkan dibandingkan dengan pembedahan radikal

perineal prostatectomy atau *retropublik prostatectomy* dan lebih ekonomis dibandingkan teknik bantuan robot.

d. *Robotic-assisted prostatectomy*

Robotic-assisted prostatectomy atau pembedahan dengan bantuan robot. Tangan-tangan robot *laparoscopi* dikendalikan oleh seseorang ahli bedah. Robot memberikan ahli bedah lebih banyak keterampilan daripada *laparoscopi konvensional* dengan menawarkan keuntungan yang lebih dari pada *open prostatectomy*, diantaranya insisi lebih kecil, nyeri ringan, pendarahan sedikit, resiko infeksi rendah, waktu penyembuhan lebih cepat dan perawatan lebih pendek.

e. *Radical perineal prostatectomy*

Radical perineal prostatectomy adalah suatu insisi dibuat pada perineum ditengah-tengah antara rectum dan skrotum, dan kemudian prostate dikeluarkan.

f. *Radical retropubic prostatectomy*

Radical retropubic prostatectomy adalah suatu insisi yang dibuat di abdomen bawah, dan kemudian dikeluarkan (diangkat) melalui belakang tulang pubis (*retropubic*). *Radical prostatectomy* adalah salah satu tindakan kunci pada kanker prostat.

g. *Transurethral electrovaporization of the prostate (TVP)*

h. *Transurethral plasmakinetic vaporization of prostatectomy (TUPVP)*

i. *Laser TURP*

j. *Visual laser ablation (VLAP)*

k. *TransUrethral Microwave Thermo Therapy (TUMT)*

l. *TransUrethral Needle Ablation (TUNA)*

2.2 Konsep Dasar Perioperatif

2.2.1 Pengertian perioperatif

Beberapa pengertian keperawatan perioperatif, antara lain :

2.2.1.1 Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien.

2.2.1.2 Kata perioperatif adalah gabungan dari tiga fase pengalaman pembedahan yaitu : pre operatif, intra operatif dan post operatif.

2.2.2 Tahap- tahap keperawatan Perioperatif

Pengalaman pembedahan (perioperatif) dapat dibagi dalam 3 (tiga) tahap keperawatan perioperatif, yaitu :

2.2.2.1 Tahap Pre-Operatif

a. Pengertian :

Perawatan pre operatif merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai sejak pasien diterima masuk diruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan

b. Ruang lingkup Pre-Operatif :

Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien ditantanan klinik atau pun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anastesi yang diberikan pada saat pembedahan.

2.2.2.2 Tahap Intra-Operatif

a. Pengertian :

Perawatan intra operatif dimulai sejak pasien ditransfer ke meja bedah dan berakhir bila pasien ditransfer ke wilayah ruang pemulihan.

b. Ruang lingkup keperawatan Intra-Operatif :

Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan IV cath, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan menjaga keselamatan pasien. Contoh : memberikan dukungan psikologis selama induksi anestesi, bertindak sebagai perawat SCRUB, atau membantu mengatur posisi pasien diatas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar kemetrisan tubuh.

2.2.2.3 Tahap Post-Operatif :

a. Pengertian :

Tahap post operatif merupakan tahap lanjutan dari perawatan per operatif dan intra operatif yang dimulai ketika klien diterima diruang pemulihan (*recovery room*) / pasca anatesi dan berakhir sampai evaluasi tindak lanjut pada tantanan klinik atau dirumah.

b. Ruang lingkup keperawatan Post-operatif :

Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fpkus dengan pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mecegah komplikasi.

2.2.3 Dampak Operasi Pasien Pre-Operatif

Menurut Maryunani (2014) tubuh berespon secara fisiologis terhadap ancaman aktual maupun potensial, dalam hal ini menghadapi pembedahan sebagai berikut :

2.2.3.1 Respon fisiologis pada pasien pre-operatif

a. Tubuh berespon secara fisiologis terhadap ancaman aktual maupun potensial, dalam hal ini menghadapi pembedahan diuraikan sebagai berikut :

- 1) Hipotalmus mengendalikan respon neuro-hormonal.

- 2) Denyut jantung meningkat, dan jantung berkontraksi lebih kuat.
 - 3) Volume darah didistribusikan kembali dengan cara vasokonstriksi pembuluh darah pada kulit, lambung mesenterik dan ginjal.
 - 4) Peningkatan aliran darah pada otot-otot tubuh menyebabkan otot menjadi tegang.
 - 5) Bronkus berdilatasi dan peningkatan denyut pernafasan meningkatkan oksigenisasi.
 - 6) Mekanisme yang memberikan energy meliputi peningkatan pelepasan glukosa dan penurunan produksi insulin.
- b. Respon tubuh dalam menghadapi stres fisiologis pembedahan.
- 1) Jika stres pada sistem berat atau terjadi kehilangan darah yang berlebihan, maka akan terjadi mekanisme kompensasi tubuh dan menyebabkan terjadinya syok.
 - 2) Tipe-tipe anestesi tertentu juga bisa berkontribusi terhadap terjadinya syok.
 - 3) Respon metabolik juga terjadi
 - a) Karbohidrat dan lemak dimetabolisme untuk menghasilkan energi.
 - b) Protein tubuh dipecah/ diuraikan untuk memberikan suplai asam amino yang digunakan untuk membentuk jaringan baru.
 - c) Asam amino yang tidak digunakan, diuraikan menjadi produk akhir nitrogen, seperti urea dan sisa metabolisme.

c. Dampak respon fisiologis terhadap pembedahan

1) Respon sistem syaraf simpatis

- a) *Vasokonstriksi*, yang memiliki dampak positif yaitu mempertahankan tekanan darah, aliran darah ke jantung dan otak adekuat.
- b) Peningkatan curah jantung, yang memiliki dampak positif yaitu mempertahankan tekanan darah.
- c) Penurunan aktivitas gastro-intestinal, yang memiliki dampak negatif yaitu anoreksia, nyeri karena adanya gas, konstipasi.

2) Respon hormonal

- a) Peningkatan sekresi glukokortikoid (korteks adrenal).
Retensi sodium: dampak positif (peningkatan volume darah), dampak negatif (kehilangan potassium).
Katabolisme protein dan lemak: dampak positif (peningkatan energi dan tersedia asam amino), dampak negatif (penurunan berat badan).
- b) Peningkatan produksi platelet: dampak positif (mencegah pembedahan melalui pembekuan), dampak negatif (kemungkinan terjadi pembentuk an trombus).
- c) Peningkatan sekresi ADH: dampak positif (peningkatan volume darah), dampak negatif (kemungkinan kelebihan cairan).

2.2.3.2 Respon psikologis terhadap pembedahan pasien pre-operasi

a. Ketakutan terhadap pembedahan

1) Ketakutan umum

- a) Takut terhadap hal yang belum diketahui.
- b) Takut kehilangan kontrol/ kendali dan ketergantungan pada orang lain.
- c) Takut kehilangan cinta dari orang terdekat.
- d) Takut mempengaruhi seksualitas.

- e) Takut kecacatan dan perubahan dalam citra tubuh normal.
 - f) Takut kehilangan martabatnya.
- 2) Ketakutan khusus
- a) Takut nyeri pasca operasi.
 - b) Takut mual muntah pasca operasi.
 - c) Takut diagnosa dan hasil akhir pembedahan
 - d) Takut terhadap diagnosis keganasan.
 - e) Takut anetesi.
 - f) Takut dibuat tidur dan tidak dapat bangun lagi.
 - g) Takut terjaga selama pembedahan.
 - h) Takut merasa nyeri sewaktu berada di bawah pengaruh obat bius, tetapi tidak dapat berkomunikasi.
 - i) Takut kecacatan / terjadi ketebatasan-keterbatasan menetap
 - j) Takut meninggal/kematian.
- 3) Takut terhadap nyeri, sakit dan rasa tidak nyaman
- a) Takut akan nyeri, rasa sakit dan rasa tidak nyaman lainnya berkaitan dengan pembedahan adalah hal yang umum terjadi pada sebagian besar orang akan mengalami pembedahan.
 - b) Takut terhadap nyeri, sakit dan rasa tidak nyaman ini meliputi keluhan-keluhan tentang perasaan nyeri, sakit, dan tidak nyaman selama dan setelah pembedahan.
 - c) Takut mengenal nyeri dan rasa sakit merupakan hal yang realistik, tetapi adakalanya ketakutan ini seringkali dipengaruhi juga oleh mitos-mitos seputar pembedahan, kurangnya informasi atau cerita-cerita mengerikan sekitar pembedahan yang diceritakan oleh teman maupun keluarga.

- 4) Ketakutan terhadap kehilangan bagian tubuh
 - a) Takut kehilangan bagian tubuh menjadi suatu faktor yang menimbulkan ketakutan, bukan hanya tentang operasi radikal atau amputasi harus dilakukan tetapi juga jika operasi yang tidak berat dilakukan.
 - b) Adanya jaringan parut pada tubuh juga menimbulkan ketakutan.
 - c) Body image seseorang dan persepsi terhadap suatu ancaman juga merupakan suatu hal yang unik
- 5) Ketakutan terhadap kematian
 - a) Takut terhadap kematian bisa lebih besar jika pasien mengetahui bahwa diri mereka memiliki penyakit keganasan atau resiko bedahnya besar.
 - b) Pembedahan bisa ditunda jika pasien tetap yakin bahwa operasi akan menimbulkan kematian.
 - c) Sikap dan kondisi emosional mempengaruhi hasil dari pembedahan.
- 6) Ketakutan terhadap anestesi
 - a) Takut terhadap anestesi meliputi keluhan-keluhan tentang induksi yang tidak menyenangkan, bahaya komplikasi (seperti kerusakan otak atau paralisis).
 - b) Takut terhadap anestesi berhubungan dengan seperti apakah bangun atau tidak pernah bangun.
- 7) Ketakutan terhadap gangguan pola hidup
 - a) Takut terhadap pola hidup bisa ditunjukkan dengan berbagai macam tingkatan.
 - b) Hal ini bisa berkisar dari ketakutan timbulnya cacat permanen, sehingga tidak dapat bekerja dalam beberapa minggu atau seterusnya.
 - c) Keluhan terhadap finansial bisa berkaitan dengan akan kehilangan pendapatan, kehilangan pekerjaan atau biaya pembedahan

a. Kecemasan terhadap pembedahan

- 1) Hal-hal yang meningkatkan kecemasan pada saat pre-operatif
 - a) Ambigiutas/hal yang mendua terjadi akibat ketidakpastian mengenai: lingkungan rumah sakit, prosedur pre-operatif, prosedur intra-operatif dan peristiwa yang terjadi saat post-operatif.
 - b) Persepsi yang menimbulkan konflik terjadi jika pengalaman operasi yang akan dilalui berbeda dengan apa yang dipikirkan.
 - c) Kesalahpahaman timbul misalnya jika diberikan informasi yang tidak adekuat, istilah-istilah yang digunakan tidak dimengerti dan prosedur tidak diinformasikan dengan jelas.

2.2.4 Dampak jika persiapan pre operasi dilakukan kurang optimal

Keperawatan pre operatif merupakan tahapan awal keperawatan perioperatif. Kesuksesan tidak secara keseluruhan sangat tergantung pada fase ini. Hal ini disebabkan Karena fase ini merupakan awalan yang menjadi alasan untuk kesuksesan tahapan-tahapan berikutnya. Pengkajian secara integral dari fungsi pasien meliputi fungsi fisik biologis dan psikologis sangat diperlukan untuk keberhasilan dan kesuksesan suatu operasi.

Persiapan pra bedah sangat penting sekali untuk memperkecil resiko operasi kerana hasil akhir suatu pembedahan sangat tergantung pada penilaian keadaan penderita dan persiapan pra bedah. Apabila suatu persiapan pra bedah dilakukan kurang optimal akan menyebabkan pasien merasa cemas, tekanan darah meningkat proses operasi akan tertunda dan menghambat proses pemulihan setelah operasi (Barbara C.Long, 2010)

2.3 Konsep Penatalaksanaan

2.3.1 Penatalaksanaan Bedah *Transurethral Resection Prostate (TURP)*

Pada BPH Penatalaksanaan pada pasien BPH untuk jangka panjang adalah dengan pembedahan, karena pemberian obat-obatan atau terapi non-invasif lainnya membutuhkan waktu yang sangat lama untuk melihat keberhasilannya. Pembedahan yang paling banyak dilakukan pada pasien BPH adalah TUR Prostat yang merupakan bagian dari pembedahan endourologi. TURProstat merupakan *the goal standar of treatment* pada pasien-pasien yang mengalami pembesaran prostat jinak (Rahardjo dalam Purnomo, 2011). TUR Prostat merupakan salah satu prosedur pembedahan untuk membuang jaringan prostat dengan memasukkan *resectoscopy* ke dalam uretra dan setelah selesai prosedur pembedahan dimasukkan *three way indwelling cathether* ke dalam kandung kemih untuk memfasilitas hemostasis dan drainase urine (Giddens dalam Purnomo, 2011).

Pembedahan TUR Prostat memiliki keuntungan yaitu tidak membuat insisi pada abdomen, lama hari rawat kurang dari 4 hari, prostat fibrous mudah diangkat, perdarahan akan mudah dilihat dan dikontrol (Smeltzer & Bare, 2007). TUR Prostat dilakukan pada pasien BPH dengan derajat dua dan tiga, karena biasanya pada derajat ini prostat sudah membesar dengan besar 60 gram-90 gram. Tindakan ini dilaksanakan apabila pembesaran prostat terjadi dalam lobus medial yang langsung mengelilingi uretra. Setelah TURP yang memakai kateter threeway, irigasi kandung kemih secara terus menerus dilaksanakan untuk mencegah pembekuan darah. Manfaat pembedahan TURP antara lain tidak meninggalkan bekas sayatan serta waktu operasi dan waktu tinggal di rumah sakit lebih singkat. Komplikasi TURP adalah rasa tidak enak pada kandung kemih, spasme kandung kemih yang terus menerus, adanya perdarahan, infeksi, fertilitas (Baradero dkk, 2007). Komplikasi yang perlu diwaspadai pasca bedah TURP diantaranya adalah TURP Sindrom, perdarahan,

hiponatremia, syok kardiogenik, serta penurunan kesadaran tiba-tiba pasca pembedahan.

2.3.2 Dampak masalah pre operasi TURP

Menurut Aspiani (2015) dampak masalah pre operasi TRUP adalah :

2.3.2.1 Pola eliminasi

Tanda dan gejala yang berhubungan dengan BPH akibat pembesaran prostat yang berdampak pada penyumbatan parsial atau sepenuhnya pada saluran kemih bagian bawah. Keluhan klien antara lain nokturia, frekuensi, hesistensi, disuria, inkonteninsia dan rasa tidak lampias sehabis miksi.

2.3.2.2 Pola persepsi dan konsepsi diri

Kebanyakan klien yang akan menjalani operasi akan muncul kecemasan. Ketidakpastian tentang prosedur pembedahan, nyeri setelah operasi, insisi dan immobilisasi dapat menimbulkan rasa cemas. Klien juga cemas akan ada perubahan pada dirinya setelah operasi.

2.3.2.3 Pola tidur dan istirahat

Tanda dan gejala BPH antara lain nokturi dan frekuensi. Bila keluhan ini muncul pada klien maka tidur klien akan terganggu. Hal ini terjadi karena pengosongan kandung kemih yang tidak lengkap pada setiap miksi sehingga interval antara miksi lebih pendek. Akibatnya klien akan sering terbangun pada malam hari untuk miksi dan waktu tidur akan berkurang.

2.3.3 Dampak Masalah Post Operasi TRUP

Menurut Aspiani (2015) dampak masalah post operasi TRUP adalah :

2.3.3.1 Pola eliminasi

Klien post operasi TRUP dapat mengalami perubahan eliminasi. Hal ini terjadi bila terdapat bekuan darah yang menyumbat kateter, edema, dan prosedur pembedahan. Perdarahan dapat terjadi karena fiksasi dari traksi yang kurang tepat.

2.3.3.2 Pola tidur dan istirahat

Pada klien post TRUP dapat mengalami gangguan tidur karena klien merasakan nyeri pada luka operasi atau spasme dari kandung kemih.

2.3.3.3 Pola aktivitas

Klien post TRUP aktivitasnya dapat berkurang dari aktivitas biasa, karena nyeri akibat dari TRUP nya. Klien lebih banyak memilih ditempat tidur dari pada beraktivitas pada hari pertama dan kedua post TRUP.

2.3.3.4 Pola reproduksi dan seksual

Klien post TRUP dapat mengalami disfungsi seksual, disebabkan karena situasi krisis (inkontinensia, kebocoran urin setelah pengangkatan kateter).

2.3.3.5 Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Perubahan penatalaksanaan dan pemeliharaan kesehatan dirumah dapat menimbulkan masalah dalam perawatan diri selanjutnya. Sehingga klien perlu informasi tentang perawatan selanjutnya khususnya saat dirumah supaya tidak terjadi perdarahan atau tanda-tanda infeksi.

2.3.4 Anastesi Operasi

Sejak pertama kali ditemukan oleh William Thomas Green Morton pada tahun 1846, anastesi terus berkembang pesat hingga sekarang. Saat itu ia sedang memperagakan pemakaian dietil eter untuk menghilangkan kesadaran dan rasa nyeri pada pasien yang ditanganinya. Ia berhasil melakukan pembedahan tumor rahang pada seorang pasien tanpa memperlihatkan gejala kesakitan. Karena pada saat itu eter merupakan obat yang cukup aman, memenuhi kebutuhan, mudah digunakan, tidak memerlukan obat lain, cara pembuatan mudah, dan harganya murah. Oleh karena itu eter terus dipakai, tanpa ada usaha untuk mencari obat yang lebih baik. Setelah mengalami stagnasi dalam perkembangannya selama

100 tahun setelah penemuan morton barulah kemudian banyak dokter tertarik untuk memperelajari bidang anestesiologi, dan barulah obat- obat anestesi generasi baru muncul satu- persatu (Mangku dan Senapathi, 2010) Anastesi berasal dari bahasa Yunani yaitu An berarti tidak, dan Aesthesia berarti rasa atau sensasi. Sehingga anestesi berarti suatu keadaan hilangnya rasa atau sensasi tanpa atau disertai dengan hilangnya kesadaran. Anestesi adalah keadaan tanpa rasa (without sensation) tetapi bersifat sementara dan dapat kembali kepada keadaan semula. (Sudisma et al., 2006)

Tindakan anestesi yang memadai meliputi tiga komponen yaitu hipnotik (tidak sadarkan diri = “mati ingatan”), analgesi (bebas nyeri = “mati rasa”), dan relaksasi otot rangka (“mati gerak”) (Mangku dan Senapathi, 2010) Untuk mencapai ke tiga target tersebut dapat digunakan hanya dengan mempergunakan satu jenis obat, misalnya eter atau dengan memberikan beberapa kombinasi obat yang mempunyai efek khusus seperti tersebut di atas, yaitu obat yang khusus sebagai hipnotik, khusus sebagai analgesi, dan khusus sebagai obat pelumpuh otot. Ketiga target anestesia tersebut populer disebut dengan “ Trias anestesi”(Mangku dan Senapathi, 2010) . Dalam perkembangannya, anestesi digunakan secara luas, dalam bidang kedokteran hewan untuk menghilangkan nyeri dan kesadaran, juga digunakan untuk melakukan pengendalian hewan (restraint), keperluan penelitian biomedis, pengamanan pemindahan (transportasi) hewan liar, pemotongan hewan yang humanis, dan untuk melakukan ruda paksa (euthanasia). Tujuan anestesi dapat dicapai dengan pemberian obat anestesi secara tunggal maupun anesthesia yaitu mengkombinasikan beberapa agen anestesi maupun dengan agen preanestesi (McKelvey dan Hollingshead, 2003; Tranquilli et al., 2007).

2.3.4.1 Anestesi Umum

Anestesi umum adalah substansi yang dapat mendepres susunan saraf pusat (SSP) secara reversibel sehingga hewan kehilangan rasa sakit (sensibilitas) diseluruh tubuh, reflek otot hilang, dan disertai dengan hilangnya kesadaran. Anestesi ini terdiri atas 2 jenis yaitu, anestesi volatil (inhalasi) dan non - volatil (injeksi/parenteral). Tanda- tanda anestesi umum telah bekerja adalah hilangnya kordinasi anggota gerak, hilangnya respon saraf perasa dan pendengaran, hilangnya tonus otot , terdepresnya medulla oblongata sebagai pusat respirasi, dan vasomotor, dan bila terjadi overdosis hewan akan mengalami kematian. (Sudismaet al., 2006).

2.3.4.2 Spinal Anastesi

Anastesi spinal adalah injeksi obat anastesi local kedalam kedalam ruang intratekal yang menghasilkan analgesia. Pemberian obat local anetesi kedalam ruang intratekal atau ruang subaraknoid dalam di regio lumbal antara vertebra L2-3, L3-4, L4-5 untuk menghasilkan onset anestesi yang cepat dengan derajat keberhasilan yang tinggi. Walaupun teknik ini sederhana, dengan adanya pengetahuan anatomi, efek fisiologi dari anestesi spinal dan faktor-faktor yang mempengaruhi distribusi anestesi lokal diruang intratekal serta komplikasi anestesi spinal akan mengoptimalkan keberhasilan terjadinya blok anestesi spinal. (Peter Dunn, 2007)

Kontraindikasi absolut anastesi spinal meliputi pasien menolak, infeksi di daerah penusukan, koagulopati, hipovolemi berat, peningkatan tekananintrakranial, stenosis aorta berat dan stenosis mitral berat. Sedangkan kontraindikasi relatif meliputi pasien tidak kooperatif, sepsis, kelainan neuropatisseperti penyakit demielinisasi sistem syaraf pusat, lesi pada katup jantung serta kelainan bentuk anatomi spinal yang berat. Ada juga menyebutkan kontraindikasi kontroversi yang meliputi

operasi tulang belakang pada tempat penusukan, ketidakmampuan komunikasi dengan pasien serta komplikasi operasi yang meliputi operasi lama dan kehilangan darah yang banyak. (Morgan, 2006)

Obat anestesi lokal adalah suatu senyawa amino organik. Pada pemakaian sehari-hari, obat ini dapat dibagi menjadi golongan amino ester dan golongan amino amida. Ikatan ester mempunyai sifat mudah dihidrolisis dalam hepar dan oleh plasma esterase, mula kerja lambat, lama kerja pendek dan hanya sedikit menembus jaringan. Sedangkan ikatan amida mudah menjadi tidak aktif oleh hepatic amidase, mula kerja cepat, lama kerja lebih lama dan lebih banyak menembus jaringan. Kelompok ester antara lain procaine, chloroprocaine dan tetracaine. Kelompok amida antara lain lidocaine, mepivacaine, bupivacaine dan etidocaine. (Morgan, 2006)

Anestesi lokal yang sering dipakai adalah bupivakain. Lidokain 5% sudah ditinggalkan karena mempunyai efek neurotoksisitas, sehingga bupivakain menjadi pilihan utama untuk anestesi spinal saat ini. Anestesi lokal dapat dibuat isobarik, hiperbarik atau hipobarik terhadap cairan serebrospinal. Barisitas anestesi lokal mempengaruhi penyebaran obat tergantung dari posisi pasien. Larutan hiperbarik disebar oleh gravitasi, larutan hipobarik menyebar berlawanan arah dengan gravitasi dan isobarik menyebar lokal pada tempat injeksi. Setelah disuntikkan ke dalam ruang intratekal, penyebaran zat anestesi lokal akan dipengaruhi oleh berbagai faktor terutama yang berhubungan dengan hukum fisika dinamika dari zat yang disuntikkan, antara lain Barbotase (tindakan menyuntikkan sebagian zat anestesi lokal ke dalam cairan serebrospinal, kemudian dilakukan aspirasi bersama cairan serebrospinal

dan penyuntikan kembali zat anestesi lokal yang telah bercampur dengan cairan serebrospinal), volume, berat jenis, dosis, tempat penyuntikan, posisi penderita saat atau sesudah penyuntikan. (Butterworth, 2004)

2.4 Konsep Nyeri

2.4.1 Definisi Nyeri

Nyeri sudah dikenal sejak kehadiran manusia dimuka bumi. Namun mengingat kompleks masalah nyeri, maka nyeri didefinisikan sebagai berikut :

Menurut Mc Caffery (1997), sebagaimana dikutip oleh Ana Zakiyah (2015 : 5) kompleks, dan bersifat misteri yang mempengaruhi seseorang, serta eksistensinya diketahui bila seseorang mengalaminya) nyeri didefinisikan sebagai suatu fenomena yang sulit dipahami.

Menurut Kozier dan Erb (1983), sebagaimana dikutip oleh Ana Zakiyah (2015 : 5) nyeri adalah sensasi ketidaknyamanan yang dimanifestasikan sebagai suatu penderitaan yang diakibatkan oleh persepsi yang nyata, ancaman, dan fantasi luka.

International Associtional for the Study of pain (IASP) (1997), sebagaimana dikutip oleh Ana Zakiyah (2015 : 5) nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau digambarkan dalam ragam yang menyangkut kerusakan, atau suatu yang digambarkan dan terjadinya kerusakan.

2.4.2 Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri secara umum terbagi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronik :

2.4.2.1 Nyeri akut

Menurut *Federation of State Medical Boards of United States*, nyeri akut adalah respons fisiologis normal yang diramalkan terhadap rangsangan kimiawi, panas, atau mekanisme menyusul suatu pembedahan, trauma, dan penyakit akut.

Ciri khas nyeri akut adalah yang diakibatkan kerusakan jaringan yang nyata dan akan hilang seiring dengan proses penyembuhannya, terjadi dalam waktu singkat dari 1 detik sampai kurang dari 6 bulan.

2.4.2.2 Nyeri Kronis

The International Association for Study of Pain (IASP) mendefinisikan nyeri kronis sebagai nyeri yang menetap melampaui waktu penyembuhan normal yakni enam bulan, nyeri kronis dibedakan menjadi dua, yaitu : nyeri kronis nonmaligna (nyeri kronis persisten dan nyeri kronis intermitten). Dan nyeri kronis maligna, karakteristik penyembuhan nyeri kronis tidak dapat diprediksi meskipun penyebabnya mudah ditentukan, namun pada beberapa kasus, penyebabnya kadang sulit ditentukan.

Nyeri Kronis Persisten merupakan perpaduan dari manifestasi fisik dan psikologi sehingga nyeri ini idealnya diberikan intervensi fisik dan psikologi. Pada umumnya nyeri ini diakibatkan oleh kesalahan diagnosis, rehabilitasi yang tidak adekuat, siklus pemulihan, *complex regional pain syndrome*, *myofascial pain syndrome*, dan depresi.

Nyeri Kronis Persisten merupakan eksaserbasi dari kondisi nyeri kronis, nyeri ini terjadi pada periode yang spesifik. Contoh nyeri kronis intermitten adalah migrain nyeri abdomen yang dihubungkan dengan kerusakan pencernaan dalam jangka waktu

yang lama seperti crohn's disease. Pada nyeri kronis, fungsi endorfin sering kali berhenti (Meinhart dan Mc Caffery, 1983). Klien ini mengalami nyeri kronis mengalami periode remisi (gejala hilang sebagian atau seluruhnya) dan eksaserbasi (keparahan meningkat). Sifat nyeri kronis yang tidak dapat diprediksi ini membuat seseorang frustrasi dan sering kali mengarah pada depresi psikologis.

a. Subjektif

Nyeri merupakan pengalaman subjektif. Pasien dengan kemampuan kognitif yang baik dapat melaporkan atau memberikan informasi adanya nyeri (verbal atau penggunaan kode) yang dideskripsikan misalkan dengan menggunakan alat ukur (*Numerical Rating Scale*) sehingga dapat diidentifikasi tingkatan nyeri yang dirasakan (Pasero, 2009; Puntillo dkk., 2009)

b. Objektif

- 1) Ansientas
- 2) Perubahan melakukan aktivitas
- 3) Gerakan melindungi bagian yang nyeri
- 4) Tingkah laku berhati-hati
- 5) Menangis
- 6) Perubahan pola nafas
- 7) *Focus* menyempit (penurunan persepsi waktu, kerusakan proses berpikir, serta penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)
- 8) Tingkah laku distraksi (contoh : jalan-jalan menemui orang lain dan atau aktivitas berulang-ulang)
- 9) Respons autonom (contoh : diaphoresis, perubahan tekanan darah, napas dan denyut nadi, serta dilatasi pupil)
- 10) Perubahan nafsu makan dan minum

Nyeri Kronis Maligna biasanya disebabkan oleh kanker yang pengobatannya tidak terkontrol atau disertai gangguan progresif lainnya, nyeri ini dapat berlangsung terus-menerus sampai kematian.

Tabel Nyeri 2.1

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Tujuan	Memperingatkan adanya cedera atau masalah	Tidak ada
Awitan	Mendadak	Terus menerus dan intermitten ringan sampai ringan
Intensitas	Ringan sampai berat	Durasi lama (6 bulan atau lebih)
Durasi Respons autonom	1. Durasi singkat (dari beberapa detik, menit, sampai 6 bulan) 2. Konsisten dengan respons simpatik 3. Frekuensi jantung meningkat 4. Volume sekuncup meningkat 5. Tekanan darah meningkat 6. Dilatasi pupil 7. Tegangan otot meningkat 8. Penurunan motilitas gastrointestinal 9. Mulut kering	Tidak ada respons autonom
Komponen psikologis	Ansietas	1. Depresi 2. Mudah marah 3. Menarik diri, isolasi
Respons lainnya		1. Tidur terganggu 2. Libido menurun 3. Nafsu makan menurun

2.4.3 Faktor yang mempengaruhi nyeri

2.4.3.1 Usia

Usia mempengaruhi persepsi dan ekspresi seseorang terhadap nyeri. Perbedaan perkembangan pada orang dewasa dan anak sangat mempengaruhi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Anak

yang masih kecil mempunyai kesulitan dalam menginterpretasikan nyeri, anak akan kesulitan mengungkapkan secara verbal dan mengekspresikan nyeri pada orang tua atau petugas kesehatan.

2.4.3.2 Pengalaman

Hal terpenting juga perlu diperhatikan oleh perawat adalah pengalaman nyeri yang dialami oleh pasien. Hal ini sangat membantu bagi perawat untuk mengetahui pada fase apa nyeri yang dirasakan pasien, dan apakah pasien mengetahui nyeri yang sedang dialami. Fase tersebut antara lain 1) *fase antisipatori*, 2) fase sensasi dan 3) fase akibat (*aftermath*).

2.4.3.3 Ekspresi Nyeri

Amati cara verbal dan nonverbal pasien dalam mengomunikasikan rasa ketidaknyamanan. Meringis, menekuk salah satu bagian tubuh, dan postur tubuh yang tidak lazim merupakan contoh ekspresi nyeri secara nonverbal. Anak-anak yang masih kecil tidak mengerti makna “nyeri” sehingga dalam melakukan pengkajian perawat perlu menggunakan kata-kata seperti “ouh”, “aduh”, atau “sakit”. Untuk pasien mengalami gangguan kognitif, perlu menggunakan pendekatan pengajian yang sederhana, yakni dengan melakukan observasi terhadap perubahan perilaku pasien. Untuk pasien yang sedang dalam kondisi kritis dan mungkin mengalami penumpukan/permasalahan sensori dan menggunakan sedang nasogastrik atau jalan nafas aritifisial, perawat mungkin perlu mengajukan pertanyaan spesifik secara langsung kepada pasien sehingga pasien member jawaban dengan mengangguk atau menggelekan kepala.

2.4.3.4 Karakteristik Nyeri

Untuk membantu pasien dalam mengutarakan masalah/keluhannya secara lengkap, pengkajian yang bisa dilakukan oleh

perawat untuk mengkaji karakteristik nyeri bisa menggunakan pendekatan *analisis symptom* (tabel).

Komponen pengkajian analisis symptom meliputi (PQRST) : P (*Paliatif Provocatif* = yang menyebabkan timbulnya masalah), Q (*Quality dan Quantity*= kualitas dan kuantitas nyeri yang dirasakan (*Region*=lokasi nyeri), S (*Severity*=keparahan), T (*Timing*=waktu

Tabel 2.2
Tabel Analisis Simptom Pengkajian Nyeri

P	Q	R	S	T
Provatif atau paliatif	Kualitas atau kuantitas	Regional/area terpapar/radiasi	Skala keparahan	Timing atau waktu
Apakah yang menyebabkan gejala? Apa saja yang dapat mengurangi dan memperberatnya	Bagaimana gejala (nyeri) dirasakan, sejauh mana anda merasakannya sekarang?	Dimana gejala terasa?apakah menyebar?	Seberapa skala keparahan dirasakan (nyeri)dengan skala berapa? (1-10)	Kapan gejala mulai timbul? seberapa sering gejala terasa ? apakah tiba-tiba atau bertahap ?
1.kejadian awal apakah yang anda lakukan sewaktu gejala (nyeri) pertama kali dirasakan? apakah yang menyebabkan nyeri? posisi? aktivitas tertentu? apakah yang menghilangkan gejala (Nyeri) ? apakah yang memperburuk gejala (nyeri)?	1. kualitas bagaimana gejala (nyeri) dirasakan? 2. kuantitas, sejauh mana gejala (nyeri) dirasakan sekarang? Ssangat dirasakan sehingga tidak dapat melakukan aktivitas? Lebih parah atau lebih ringan dari yang dirasakan sebelumnya	1. Area, dimana gejala (nyeri) dirasakan? 2. radiasi / area terpapar apakah nyeri merambat pada punggung atau lengan? Merambat pada leher atau merambat pada kaki?	1. nyeri yang dirasakan pada skala berapa ? apakah ringan, sedang, berat atau tak tertahankan (1-10)	1. onset, tanggal dan jam gejala terjadi 2. jenis, tiba-tiba atau bertahap 3. frekuensi setiap jam, bulan sepanjang hari, pagi siang, malam mengganggu istirahat tidur? terjadi kekambuhan ? 4. durasi seberapa lama gejala dirasakan

Selain menggunakan pendekatan *analisis symptom* diatas, perawat juga dapat menggunakan pengkajian karakteristik nyeri dengan menggunakan pendekatan dibawah ini :

a. Awitan dan durasi

Perawat mengajukan pertanyaan untuk menentukan awitan, durasi, dan rangkaian nyeri. Hal-hal yang perlu ditanyakan adalah 1) kapan nyeri mulai dirasakan?; 2) sudah berapa lama nyeri mulai dirasakan?; 3) apakah nyeri yang dirasakan terjadi pada waktu yang sama waktu setiap hari?; 4) seberapa sering nyeri kembali kambuh ?.

b. Lokasi

Untuk mengkaji lokasi nyeri, perawat meminta pasien untuk menunjukan semua daerah yang dirasakan nyaman. Untuk melokalisasi nyeri dengan lebih spesifik, perawat kemudian meminta pasien melacak daerah nyeri dan titik yang paling nyeri. Hal ini sulit dilakukan apabila nyeri bersifat difus, meliputi beberapa tempat, atau melibatkan segmen terbesar tubuh.

c. Keparahan

Karakteristik paling subjektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Pasien sering kali diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai ringan, sedang atau berat/parah. Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala sebagai berikut.

d. Kualitas

Hal-hal yang perlu ditanyakan perawat adalah apakah nyeri dirasakan pasien sebagai sensasi remuk (*Crushing*), berdenyut (*Throbbing*), tajam, atau tumpul, menusuk (*Pricking*), terbakar, perih, berpindah-pindah dan sebagainya

e. Pola nyeri

Dalam hal ini perawat meminta pasien untuk mendeskripsikan aktivitas yang menyebabkan nyeri. Apakah

nyeri terjadi setelah melakukan gerakan fisik, minum kopi atau berkemih? Juga meminta pasien untuk mendemostrasikan aktivitas yang menimbulkan respons nyeri, misalnya batuk atau membalikan tubuh dengan cara tertentu.

f. Tindakan yang menghilangkan nyeri

Hal-hal yang perlu ditanyakan adalah upaya-upaya yang pasien untuk mengurangi nyeri? Apakah dengan mengubah posisi, melakukan tindakan ritual (melangkah, berayun-ayun, menggosok) makan, meditasi, atau mengompres bagian yang nyeri dengan kompres dingin dan kompres hangat? Hal ini penting untuk diketahui perawat adalah apakah memang tindakan atau upaya yang sudah dilakukan pasien dibenarkan atau tidak dibenarkan. Aspek terpenting yang perlu diperhatikan oleh perawat adalah selama upaya yang dilakukan pasien tidak menimbulkan masalah baru pada pasien maka tindakan-tindakan yang sudah dilakukan bisa dilanjutkan dengan modifikasi tambahan dan pemantauan dari perawat. Akan tetapi, jika tindakan-tindakan dan upaya yang sudah dilakukan justru menambah beban dan menghentikannya dan menggantinya tindakan-tindakan baru sesuai dengan pengetahuan dan pengalaman perawat dalam ilmu keperawatan

g. Gejala penyerta

Hal-hal yang perlu ditanyakan perawat adalah gejala-gejala penyerta apakah sering kali menyertai nyeri? Apakah mual, nyeri kepala, pusing, keinginan untuk miksi, konstipasi dan gelisah.

2.4.4 Mekanisme Nyeri

Suatu rangkaian proses elektrofisiologis terjadi antara kerusakan jaringan sebagai sumber rangsangan nyeri sampai dirasakan sebagai nyeri yang secara kolektif disebut *nosiseptik*. Tempat proses yang terjadi suatu nosiseptif yaitu sebagai berikut.

2.4.4.1 Proses Transduksi

Proses transduksi (*transduction*) merupakan proses dimana suatu stimuli nyeri (*noxious stimuli*) diubah menjadi suatu aktivitas listrik yang akan diterima ujung-ujung saraf (*nerve ending*). Stimuli ini dapat berupa stimuli fisik (tekanan), suhu (panas), atau kimia (substansi nyeri).

2.4.4.2 Proses Transmisi

Transmisi (*transmission*) merupakan fase dimana stimulus dipindahkan dari saraf perifer melalui medulla (*spinal cord*) menuju otak.

2.4.4.3 Proses Modulasi

Proses modulasi (*modulation*) adalah proses dari mekanisme nyeri dimana terjadi interaksi antara sistem analgesic endogen yang dihasilkan oleh tubuh kita dengan input nyeri yang masuk ke kornu posterior medulla spinalis. Jadi, proses ini merupakan proses desenden yang dikontrol oleh otak. Sistem analgesic endogen ini meliputi enkafalin, endorfin, serotonin, dan noradrenalin ; memiliki efek yang dapat menekan impuls nyeri pada kornu posterior medulla spinalis. Kornu posterior dapat diibaratkan sebagai pintu yang dapat tertutup atau terbuka yang dipengaruhi oleh sistem analgesic endogen tersebut di atas. Proses modulasi ini juga mempengaruhi subjektivitas dan derajat nyeri yang dirasakan seseorang.

2.4.4.4 Persepsi

Hasil dari proses interaksi yang kompleks dan unik yang dimulai dari proses transduksi dan transmisi pada gilirannya menghasilkan suatu perasaan subjektif yang dikenal sebagai

persepsi nyeri . pada saat pasien merasa sadar akan nyeri, maka akan terjadi reaksi yang kompleks . faktor-faktor psikologis dan kognitif akan bereaksi dengan faktor-faktor neurofisiologis dalam mempersepsikan nyeri. (Meinhart dan Mac Caffery, (1983), dikutip oleh Ana zakiyah (2015))menjelaskan tiga sistem interaksi persepsi nyeri sebagai sensori diskriminatif, motivasi afektif, dan kognitif evaluative. Persepsi menayadarkan pasien dan mengartikan nyeri sehingga pasien dapat bereaksi berespons (Tymbi, 2009;Carol& Taylor, 2011)

2.4.5 Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksaan nyeri dapat dibagi dua cara, yaitu :

2.4.5.1 Manajemen Farmakologi

a. Analgetika narkotika

Obat analgetik narkotika merupakan kelompok obat yang memiliki sifat opium atau morfin.Jenis obat ini dapat menyebabkan ketergantungan. Jenis obat ini digunakan untuk menghilangkan rasa nyeri hebat, seperti pada kasus patah tulang dan penyakit kanker kronis (Bakhriansyah, 2010).

b. Analgetika non narkotika

Obat analgesic non nakotik dikenal dengan istilah analgetik/ analgenetika/ analgesik perifer.Analgentika non nakotik terdiri dari obat-obatan yang tidak bersifat narkotik dan tidak bekerja sentral.Penggunaan obat analgetik dan non nakotik cendrung mampu menghilangkan atau meringankan rasa sakit tanpa berpengaruh pada sistem susunan saraf pusat atau bahkan hingga efek menurunkan tingkat kesadaran (Bakhriansyah, 2010).

2.4.5.2 Manajemen Non Farmakologi

a. Distraksi

Distraksi merupakan strategi pengalihan nyeri yang memfokuskan perhatian pasien ke stimulus yang lain dari pada terhadap rasa nyeri dan emosi negative. Teknik distraksi dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori bahwa aktivitas retikuler menghambat stimulus nyeri, jika seseorang menerima imput sensori yang berlebihan dapat menyebabkan terhambatnya implus nyeri ke otak (nyeri berkurang atau tidak dirasakan oleh pasien). Peredaan nyeri secara umum berhubungan langsung dengan partisipasi aktif pasien, banyaknya modalitas sensori yang digunakan minat pasien dalam stimulasi. Oleh karena itu, stimulasi penglihatan, pendengaran, dan sentuhan mungkin akan lebih efektif dalam menurunkan nyeri dibandingkan stimulasi satu indra saja (Kozier & Erb, Timby, 2009)

b. Relaksasi

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri nafas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama. Pasien dapat memanjakan matanya dan bernafas secara perlahan dan nyaman. Irama yang konstan dapat dipertahankan dengan menghitung dalam hati lambat bersama setiap inhalasi (“hirup, dua, tiga”) dan ekshalasi (“hembuskan, dua, tiga). Pada saat mengajarkan ini, akan sangat membantu bila menghitung dengan keras bersama pasien pada awalnya. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri kronis dan yang meningkatkan nyeri (Smelzer & Bare, 2001).

c. Stimulasi Kulit

Stimulus kulit berupa kompres hangat merupakan pemberian rasa hangat pada pasien dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan, sedangkan kompres dingin merupakan pemberian suatu zat dengan suhu rendah pada tubuh untuk tujuan terapeutik (Potter Perry, 2005)

2.4.6 Skala Nyeri

Skala nyeri adalah alat untuk mengukur gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Ukuran skala nyeri sangat subjektif dan bersifat individual. Nyeri dalam intensitas yang sama dapat dirasakan sangat berbeda oleh kedua orang berbeda. Perawat dapat menggunakan skala nyeri untuk pengukuran derajat nyeri sebelum dan sesudah terapi atau saat gejala menjadi lebih memburuk serta menilai apakah nyeri mengalami penurunan atau peningkatan (Potter Perry, 2005)

2.4.6.1 Skala Analog Visual



Gambar 2.1 Skala Analog Visual

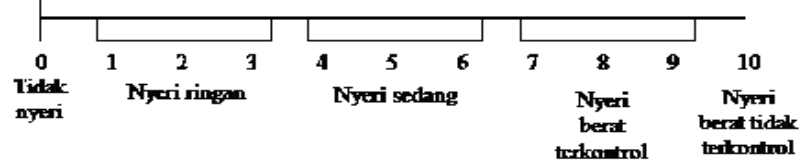
Digunakan untuk mengetahui skala nyeri, skala ini terdiri dari enam wajah kartun yang diurutkan dari seseorang yang tersenyum (tidak ada rasa sakit), meningkat wajah yang kurang bahagia sampai wajah yang sedih, wajah penuh air mata (rasa sakit yang paling buruk).

2.4.6.2 Skala Deskriptif

Terdiri dari sebuah garis lurus dengan 5 kata penjelas dan berupa urutan angka 0 sampai dengan 10 yang mempunyai jarak

yang sama sepanjang garis. Gambaran tersebut di susun dari “tidak nyeri” sampai dengan “nyeri berat tidak terkontrol

Menurut Bourbanisg



Gambar 2.2 intensitas nyeri Deskriptif

Keterangan

- 0 = Tidak Nyeri
- 1-3 = Nyeri ringan, secara obyektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik
- 4-6 = Nyeri sedang terkontrol, secara obyektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, mendefresikan nyeri, serta dapat mengikuti perintah dengan baik.
- 7-9 = Nyeri berat terkontrol, secara obyektif pasien tidak mengikuti perintah tetapi masih memberikan respon pada tindakan, menunjukan lokasi nyeri tetapi tidak dapat mendeskripsikan nyeri tidak dapat diatasi dengan perubahan posisi, nafas panjang serta distraksi.
- 10 = Nyeri berat tidak terkontrol, pasien tidak dapat lagi berkomunikasi untuk mengungkapkan nyeri.

2.4.6.3 atau nyeri Skala Intensitas Nyeri Numerik



Gambar 2.3 Skala Intensitas Nyeri Numerik

Skala ini biasa dipergunakan dan telah divalidasi ringanya rasa sakit atau nyeri dibuat menjadi terukur dengan mengobyektifkan pendapat subyektif nyeri. Skala numerik, dari 0 hingga 10 (Depkes RI, 2006).

2.5 Konsep Dzikir

2.5.1 Pengertian Dzikir

Kata “dzikir” menurut bahasa artinya ingat. Sedangkan dzikir menurut pengertian syariat adalah mengingat Allah *Subhanahu wa Ta'ala* dengan maksud untuk mendekatkan diri kepadaNya. Kita diperintahkan untuk berdzikir kepada Allah untuk selalu mengingat akan kekusaan dan kebesaranNya sehingga kita bias terhindar dari penyakit sombong dan takabbur. Menurut H. Abu Bakar Atjeh yang dikutip oleh M. Afif Ansori pengertian zikir yaitu “Sebagai ucapan yang dilakukan dengan lidah atau mengingat akan Tuhan dengan hati, dengan ucapan atau ingatan yang mempersucikan Tuhan dan membersihkan-Nya dari sifat-sifat yang tidak layak untuk-Nya, selanjutnya memuji dengan pujipujian dan sanjungan-sanjungan dengan sifat-sifat yang sempurna, sifat-sifat yang menunjukkan kebesaran dan kemurnian”. (M. Afif Ansori, 2003).

Menurut saya yang termasuk zikir adalah setiap perbuatan orang islam yang dilakukan atas dasar karena Allah SWT. Karena setiap amal perbuatan yang dilakukan umat islam karena Allah pasti akan di dasari oleh niat untuk beribadah kepada Allah.

2.5.2 Dasar Hukum

Dasar hukum yang di syari'atkan untuk berdzikir adalah ayat-ayat Al-Qur'an dan sunnah Nabi SAW sebagaimana dikemukakan dalam Firman Allah SWT :

2.5.2.1 “*Karena itu ingatlah kamu kepada-Ku niscaya Aku ingat (pula) kepadamu, dan bersyukurlah kepada-Ku, dan janganlah kamu mengingkari (nikmat)-Ku*” (QS. Al-Baqarah : 152)

2.5.2.2 “*Hai orang-orang yang beriman, berdzikirlah (dengan menyebut nama) Allah, dzikir yang sebanyak-banyaknya.*” (QS. Al-Ahzab : 41)

2.5.3 Lafazh-lafazh Zikir

Lafazh-lafazh yang digunakan untuk berzikir, sebaiknya berasal dari ayat-ayat al’Qur’an dan sunnah maqbullah seperti *basmallah, tasbih tahmid, hawqalah, tahlil, khafi*.

2.5.4 Bentuk dan Cara Berdzikir

2.5.4.1 Dzikir dengan hati, yaitu dengan cara bertafakur, memikirkan ciptaan Allah sehingga timbul di dalam fikiran kita bahwa Allah adalah Dzat Yang Maha Kuasa. Semua yang ada di dalam alam semesta ini pastilah ada yang menciptakan, yaitu Allah *Subhanahu wa Ta’ala*. Dengan melakukan dzikir seperti ini, keimanan seseorang akan bertambah.

2.5.4.2 Dzikir dengan lisan (ucapan), yaitu dengan mengucapkan lafazh-lafazh yang di dalamnya mengandung asma Allah yang telah diajarkan oleh Rasulullah kepada ummatnya. Contohnya adalah: mengucapkan tasbih, tahmid, takbir, tahlil, sholawat, membaca Al-Qur’an dan sebagainya.

2.5.4.3 Dzikir dengan perbuatan, yaitu dengan cara melakukan apa yang diperintahkan Allah dan menjauhi larangan-laranganNya. Yang harus diingat ialah bahwa semua amalan harus dilandasi dengan niat. Niat melaksanakan amalan-amalan tersebut adalah untuk mendapatkan keridhoan Allah SWT. Dengan demikian menuntut ilmu, mencari nafkah, bersilaturahmi dan amalan-amalan lain yang diperintahkan agama termasuk dalam ruang lingkup dzikir dengan perbuatan.

2.5.5 Manfaat Dzikir

Syekh Ghulam Moinuddin dalam bukunya *Penyembuhan Cara Sufi* menuturkan beberapa manfaat dari zikir yaitu: menghilangkan kekuatan syetan dan menghacurkannya, menarik mata pencaharian, membuat kepribadian mengesankan dan terhormat, memberikan jalan untuk mendekatkan diri kepada Allah SWT, memulihkan dan menghidupkan hati, menghilangkan sifat kepura-puraan atau sifat munafik. (Syekh Ghulam Moinuddin, 2000).

Ibnu Qayyim menjelaskan fadhilah ikrullah yaitu:

- 2.5.5.1 Mengharapkan ridha dari Yang Maha Rahman
- 2.5.5.2 Melenyapkan kecemasan dan kegelisahan kalbu sehingga hati menjadi tenang dan gembira.
- 2.5.5.3 Memberikan kekuatan kepada tubuh dan kesegaran pikiran sehingga memberikan cahaya pada wajah dan hati.
- 2.5.5.4 Melancarkan rizki setelah berikhtiar.
- 2.5.5.5 Mewariskan ‘inābahdan murāqabah kepada Allah yang akan mengantarkan ke pintu ihsan.
- 2.5.5.6 Kesibukan lisan karena zikir yang bersambung, maka ia akan terhindar dari kesibukan yang membawa dosa. (Djamaluddin Ahmad Al Bunny, 2001)

Ketika seseorang selalu sibuk dengan zikir dimanapun berada maka ia akan selalu mengingatkan Sang Khaliknya. Sehingga akan terhindar dari perbuatan dosa dengan selalu menghiiasi hari-harinya dengan kebaikan. Terhadap orang lainpun akan selalu menjaga diri untuk tidak menyakiti dan membuat kesalahan.

2.5.5.7 Melahirkan kecintaan

Zikir kepada Allah SWT akan melahirkan kecintaan dan loyalitas (al mahabbah) sebagai ruh Islam, ujung tombak agama.

Karenanya dapat diraih kebahagiaan dan keselamatan yang hakiki. Allah SWT telah menjadikan segala sesuatu ada

sebab-sebabnya. Diadikan sebab al mahabbah dengan melanggengkan zikir. Barang siapa yang ingin meraih cinta Allah, hendaknya senantiasa mengingatNya. Karena ia adalah sebuah pelajaran dan pengingat. Sebagaimana ia adalah pintu dari berbagai ilmu. Jadi zikir adalah pintu mahabbah, sebagai jalan yang paling mulia dan lurus untuk meraih cinta Allah SWT. (Tengku Muhammad Hasbi Ash Shidieqy, 2000)

2.5.5.8 Tidak akan lalai dengan dirinya dan ALLAH pun tidak akan melalaikannya

Melanggengkan zikir kepada Allah dapat menghindarkan hambanya dari kelalaian, karena sesungguhnya kelalaian dari mengingat Allah adalah sebab kesengsaraan hidup di dunia dan akhirat. Pada hakekatnya melalaikan dari zikir kepada Allah adalah melalaikan dirinya sendiri dan melalaikan maslahat yang ia miliki. Kalau seseorang sudah melalaikan dirinya, maka ia tidak akan memperhatikan lagi kemaslahatan yang ia miliki sehingga ia benarbenar disibukkan oleh kelalaiannya sampai ia sendiri jatuh pada jurang kehancuran. (Tengku Muhammad Hasbi Ash Shidieqy, 2000)

2.5.5.9 Menyebabkan seseorang berlaku pemurah terhadap orang lain dan melakukan hal-hal yang bermanfaat bagi orang lain. (Tengku Muhammad Hasbi Ash Shidieqy, 2000)

Dari beberapa manfaat zikir ini jelas, bahwa zikir tidak saja berpengaruh terhadap kualitas ibadah seseorang tetapi dapat juga berpengaruh pada kekuatan batin dan lahir sekaligus.

2.5.6 Tata Cara

Adapun tata cara yang harus dilakukan orang yang berzikir adalah :

- 2.5.6.1 Membersihkan diri dan pakaian untuk berzikir dan memilih tempattempat yang sesuai untuk berzikir kepada Allah.
- 2.5.6.2 Menjaga suara agar tidak terdengar terlalu keras. Zikir ini hendaknya dilakukan dengan suara perlahan

2.5.6.3 Khusuk yaitu memusatkan pikiran kepada apa yang dibaca dalam zikir dengan penuh konsentrasi ucapan lisan hendaknya sesuai dengan jiwa dan mental

2.5.6.4 Bila zikir secara berjama'ah hendaknya sama-sama memulainya dan jangan mendahului atau sampai tertinggal. (Muhammad Al-Fateh, 2002)

Lebih lanjut Muhammad Hasbie Asshiedeiqy menambahkan bahwa ketika berzikir hendaklah menghadirkan hatinya dikala menyebutnya. Lantaran itu pulalah seorang yang berzikir harus memahami maksud lafadz-lafadz yang diucapkan agar dapat memikirkan maknanya. Ini adalah syarat mutlak untuk memperoleh pahala zikir. (M. Hasbie Assiedieqy,)

Syekh Abdul Qadir al-Jilani, juga menambahkan bahwa pada tingkat awal berzikir hendaknya dilakukan dengan lesan, yakni dengan mengeraskan suara agar lebih merasuk kedalam diri orang yang berzikir. Zikir juga hendaknya dibaca dengan penuh kesadaran dan penuh khusuk karena dengan cara seperti ini hati yang mendengar sebutan zikir tersebut akan bersinar karena cahaya zikrullah dalam hati. Ketika itu hati akan menerima satu tenaga baru yang menjadikannya hidup (Syekh Abdul Qadir Jilani, 2002)

2.5.7 Konsep terapi kesehatan dengan berzikir

Doa adalah permohonan penyembuhan kepada Tuhan yang Maha Esa, sedangkan zikir adalah mengingat Tuhan segala kekuasaan Nya. Dari sudut ilmu kedokteran jiwa atau kesehatan jiwa, doa dan zikir (psikoreligius terapi) merupakan terapi psikiatri setingkat lebih tinggi daripada psikoterapi biasa. Hal ini dikarenakan doa dan zikir mengandung unsur spiritual yang dapat membangkitkan harapan (*hope*) dan rasa percaya diri (*self confidence*) pada diri seseorang yang sedang sakit sehingga kekebalan tubuh serta proses penyembuhan dapat meningkat (Setyohadi, 2011)

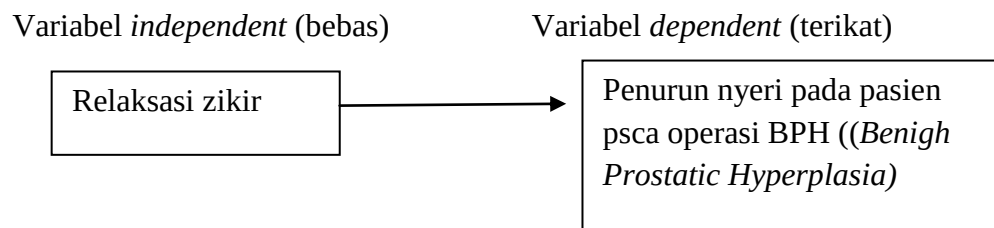
Manfaat zikir antara lain membersihkan pikiran secara psikologis, zikir menimbulkan perasaan tawakal dan berserah diri kepada Allah sehingga tercapai ketenangan hati dan ketuduhan jiwa, zikir juga dapat meningkatkan produksi endorphine (hormone yang menimbulkan perasaan tenang dan senang) dan menonaktifkan gen yang memicu percepatan kematian sel dan peradangan (Dewi, 2015). Berdasarkan penelitian Hidayat (2014). Zikir Khafi efektif untuk menurunkan skala nyeri osteoarthritis pada lansia diPanti Sosial Trisna Werda (PSTW) Unit Budi Luhur Bantul Yogyakarta.

Didalam otak manusia, dilepaskan senyawa-senyawa yang mirip dengan morfin. Disamping dapat meningkatkan suasana hati, kerja farmaseutikalnya juga luar biasa, antara lain membantu memperlambat proses penuaan dan memperkuat penyembuhan diri sendiri (Haruyama, 2011). Berdasarkan penelitian Jauhari (2014) ada pengaruh terapi-terapi psikoreligius dengan doa dan zikir terhadap penurunan tingkat depresi pada penderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Kota Semarang.

Zikir membuat kita selalu mengingat akan kekuatan Allah yang Maha Esa, keyakinan terhadap kekuatan indah yang membuat klien mampu menghadapi segala tindakan maupun efek samping yang didapatkan selama pengobatan. Nyeri merupakan keluhan utama yang dirasakan klien fraktur dan merupakan hal yang tidak menyenangkan sehingga keadaan inilah yang mendorong klien fraktur ekstremitas memerlukan terapi zikir, selain memberikan ketenangan batin, zikir juga dapat memberikan efek relaksasi sehingga mengurangi nyeri dirasakan.

2.6 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah bagian dari kerangka teori yang akan diteliti, untuk mendiskripsikan secara jelas variabel pengaruh (*independent*) dan variabel yang dipengaruhi (*dependent*) (Sudibyo dan Rustika, 2013).



Skema 2.4 Kerangka Konseptual

2.7 Hipotesis

Ada pengaruh pengaruh relaksasi zikir terhadap penurunan nyeri pada pasien BPH (*Benigh Prostatic Hyperplasia*) post op di ruang bedah RSUD Ulin Banjarmasin 2017