BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Konsep Penyakit *Benign Prostate Hyperplasia* (BPH)

2.1.1.1 Definisi

Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) adalah kondisi pembesaran kelenjar prostat yang bersifat jinak akibat terjadinya pertumbuhan berlebih pada jaringan epitel dan *fibromuskular prostat* (Chughtai, B., 2022).

BPH merupakan salah satu gangguan pada sistem reproduksi pria yang paling banyak ditemukan pada kelompok usia lanjut. Angka kejadiannya terus meningkat seiring bertambahnya usia, di mana lebih dari setengah laki-laki yang berusia di atas 60 tahun mengalami pembesaran prostat. Risiko terjadinya kondisi ini juga semakin tinggi pada usia yang lebih lanjut (Nurul Kamilah Sadli1,2*, 2025).

Berdasarkan berbagai pendapat para ahli, dapat disimpulkan bahwa *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) merupakan pembesaran kelenjar prostat yang tidak bersifat ganas dan terjadi akibat proliferasi jaringan prostat. Kondisi ini umumnya dialami oleh laki-laki usia lanjut serta dapat menyebabkan gangguan pada saluran kemih bagian bawah. Meningkatnya kejadian BPH tidak hanya dipengaruhi oleh perubahan struktur prostat yang terjadi akibat proses penuaan, tetapi juga

dipengaruhi oleh berbagai faktor lain yang berperan dalam perkembangan penyakit tersebut.

2.1.1.2 Etiologi

Etiologi *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) hingga saat ini dipahami sebagai proses yang bersifat multifaktorial dan melibatkan berbagai mekanisme yang saling berkaitan. Meskipun sejumlah faktor telah diidentifikasi, mekanisme patogenesis BPH belum sepenuhnya dipahami secara menyeluruh. Faktor-faktor yang berperan dalam perkembangan BPH secara umum dapat dikelompokkan sebagai berikut:

a. Etiologi Primer

1. Proses penuaan yang menyebabkan perubahan keseimbangan hormon androgen, khususnya peningkatan aktivitas dihidrotestosteron (DHT) di jaringan prostat.
2. Stimulasi proliferasi sel epitel dan stromal prostat akibat ikatan DHT dengan reseptor androgen.
3. Peran faktor pertumbuhan dalam mempertahankan pertumbuhan dan pembesaran jaringan prostat.

b. Etiologi Sekunder

1. Peradangan kronis pada jaringan prostat yang dapat mempercepat proliferasi sel dan mengganggu homeostasis jaringan.

2. Kondisi metabolik yang sering menyertai pria lanjut usia, yang turut berkontribusi terhadap proses pembesaran prostat *(Xu et al.*, 2024).

2.1.1.3 Patofisiologi

Berdasarkan sumber (dewi siyamti at el., 2025). Berikut adalah beberapa penjelasan patofisiologi pada pasien post-operasi TURP akibat BPH meliputi :

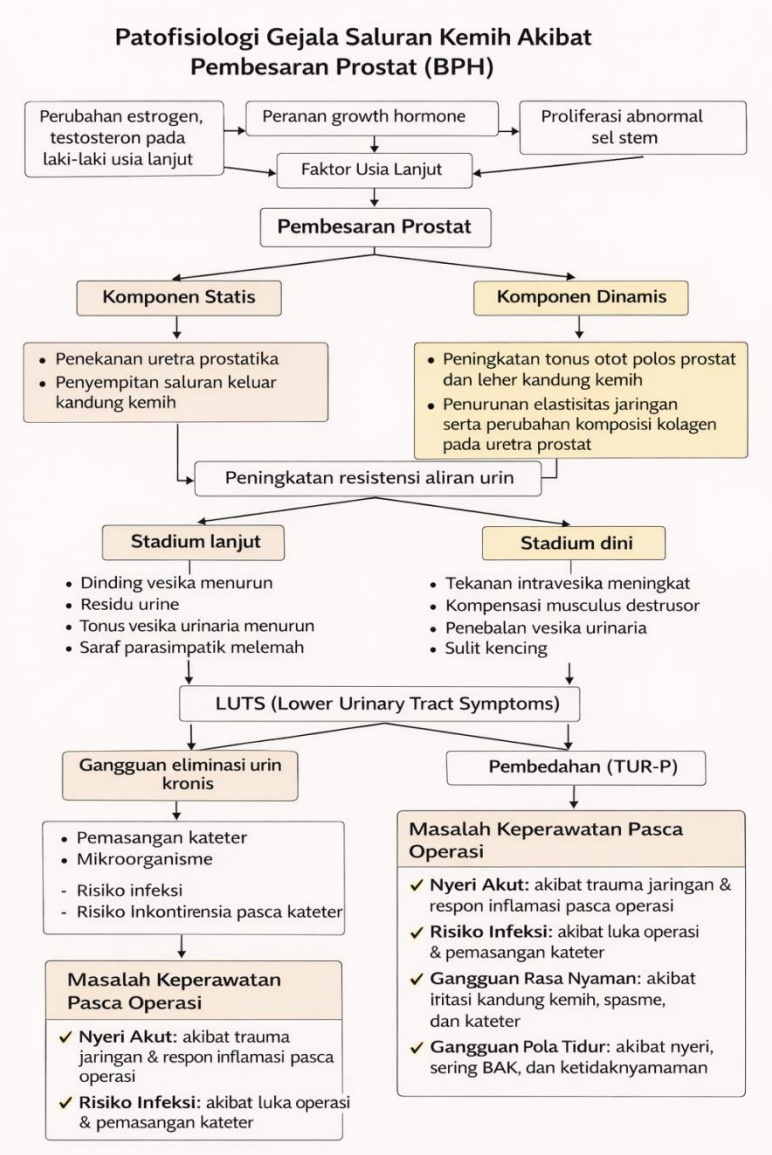
Perkembangan gejala saluran kemih bagian bawah pada pria dengan pembesaran prostat terjadi akibat dua komponen utama, yaitu komponen statis dan komponen dinamis. Komponen statis berkaitan dengan pembesaran jaringan prostat yang menekan uretra bagian periuretra sehingga menyebabkan penyempitan saluran keluar kandung kemih. Penekanan ini meningkatkan resistensi aliran urin sehingga kandung kemih harus menghasilkan tekanan yang lebih besar saat berkemih. Selain itu, pembesaran prostat juga dapat mengubah bentuk anatomis saluran keluar kandung kemih dan memperberat terjadinya obstruksi.

Sementara itu, komponen dinamis berhubungan dengan peningkatan tonus atau ketegangan otot polos prostat dan leher kandung kemih. Penurunan elastisitas jaringan serta perubahan komposisi kolagen pada uretra prostat turut menyebabkan berkurangnya kepatuhan saluran kemih, sehingga resistensi terhadap aliran urin semakin meningkat. Kondisi ini menjelaskan

bahwa derajat obstruksi tidak hanya dipengaruhi oleh ukuran prostat, tetapi juga oleh faktor fungsional berupa ketegangan otot polos dan perubahan struktur jaringan.

Apabila obstruksi tidak dapat ditangani secara konservatif, maka dilakukan tindakan pembedahan berupa *Transurethral Resection of the Prostate* untuk mengurangi sumbatan. Namun, prosedur operasi dan pemasangan kateter pascaoperasi dapat menimbulkan respons inflamasi dan ketidaknyamanan yang berpotensi memunculkan beberapa masalah keperawatan. Masalah Keperawatan yang muncul Pasca Operasi yaitu Nyeri Akut**,**Risiko Infeksi**,**Gangguan Rasa Nyaman**,**Gangguan Pola Tidur .

Pathway



Gambar 2.1 Pathway 1

2.1.1.4 Tanda dan gejala

Gejala klinis terhadap pasien *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) dikenal sebagai *Lower Urinary Tract Symptoms* (LUTS), yaitu kumpulan keluhan akibat hambatan aliran urin yang

disebabkan oleh pembesaran kelenjar prostat. Gejala tersebut dikelompokkan sebagai berikut :

a. Gejala Obstruktif (*Voiding Symptoms*)
    1. Kesulitan memulai berkemih *(hesitancy).*
    2. Aliran urin terputus-putus *(intermittency).*
    3. Pancaran urin lemah.
    4. Sensasi pengosongan kandung kemih tidak tuntas *(incomplete emptying).*
    5. Tetesan urin setelah selesai berkemih *(terminal dribbling).*

b. Gejala Iritatif *(Storage Symptoms)*
    1. Dorongan kuat dan tiba-tiba untuk berkemih *(urgency).*
    2. Peningkatan frekuensi berkemih, termasuk pada malam hari *(nocturia).*
    3. Nyeri atau rasa perih saat berkemih *(dysuria).*

Gejala-gejala tersebut merupakan manifestasi khas BPH dan dalam praktik klinis sering dinilai menggunakan *International Prostate Symptom Score* (IPSS) *(Jeh et al., 2026).*

2.1.1.5 Klasifikasi

Klasifikasi *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) dilakukan untuk menilai tingkat keparahan penyakit serta menentukan pilihan penatalaksanaan yang tepat. Berdasarkan panduan klinis dan literatur urologi terkini, klasifikasi BPH dapat dilakukan melalui

beberapa pendekatan, yaitu berdasarkan keparahan gejala**,** klinis/stadium penyakit, dan volume prostat**.**

1. Klasifikasi Berdasarkan Keparahan Gejala (Skor IPSS)

Penilaian keparahan gejala BPH secara internasional menggunakan *International Prostate Symptom Score (IPSS)*, yang hingga saat ini masih menjadi standar utama dalam praktik klinis. Skor IPSS digunakan untuk mengevaluasi derajat keluhan saluran kemih bawah (*Lower Urinary Tract Symptoms/LUTS*) dan menjadi dasar pemilihan terapi. Berdasarkan skor IPSS, BPH diklasifikasikan menjadi gejala ringan dengan skor 0–7, gejala sedang dengan skor 8–19, dan gejala berat dengan skor 20–35. Pasien dengan gejala ringan umumnya dianjurkan observasi dan modifikasi gaya hidup (*watchful waiting*), sedangkan gejala sedang hingga berat memerlukan terapi farmakologis atau tindakan bedah sesuai kondisi klinis pasien (Maghfira et al., 2024).

2. Klasifikasi Klinis (Derajat/Stadium Penyakit)

Secara klinis, BPH juga dapat diklasifikasikan berdasarkan progresivitas penyakit dan dampaknya terhadap sistem perkemihan. Derajat pertama ditandai dengan adanya gejala LUTS tanpa sisa urin yang signifikan dan fungsi ginjal masih normal. Derajat kedua ditandai dengan pembesaran prostat yang lebih jelas disertai peningkatan sisa urin, namun tanpa gangguan fungsi ginjal. Pada derajat ketiga, terjadi retensi urin parsial dengan peningkatan sisa

urin yang signifikan dan distensi kandung kemih. Derajat keempat merupakan tahap paling berat, ditandai dengan retensi urin total serta komplikasi seperti hidronefrosis, infeksi saluran kemih berulang, atau gangguan fungsi ginjal. Klasifikasi ini digunakan untuk menilai tingkat keparahan BPH dan risiko komplikasi yang menyertainya *(De Britto et al., 2023).*

3. Klasifikasi Berdasarkan Volume Prostat

Selain penilaian gejala, klasifikasi BPH juga dilakukan berdasarkan volume prostat yang diukur menggunakan ultrasonografi (USG). Volume prostat <30 ml dikategorikan sebagai prostat kecil, 30–80 ml sebagai prostat sedang, dan >80 ml sebagai prostat besar. Pada beberapa laporan kasus dan literatur urologi, ditemukan kondisi giant BPH dengan volume prostat >500 ml, meskipun kejadian ini tergolong sangat jarang. Volume prostat berperan penting dalam menentukan pilihan terapi, terutama dalam pemilihan jenis tindakan pembedahan atau terapi invasif minimal (Mallik et al., 2023).

2.1.1.6 Komplikasi

Komplikasi akibat *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) dapat terjadi pada saluran kemih bagian bawah maupun bagian atas sebagai dampak dari obstruksi aliran urine yang berlangsung dalam waktu lama. Kondisi tersebut dapat menimbulkan berbagai masalah, seperti retensi urine akut, infeksi saluran kemih yang berulang,

terbentuknya batu pada saluran kemih, hingga penurunan fungsi ginjal yang dapat berkembang menjadi gangguan ginjal kronis. Salah satu komplikasi yang cukup sering ditemukan pada pasien BPH adalah terbentuknya batu saluran kemih. Keadaan ini umumnya dipicu oleh sisa urine yang tertahan di dalam kandung kemih akibat obstruksi, sehingga meningkatkan risiko terjadinya urolitiasis. Hasil penelitian retrospektif pada pasien BPH yang menjalani operasi *Transurethral Resection of the Prostate* (TURP) menunjukkan bahwa sekitar 20,7% pasien mengalami batu saluran kemih, dengan batu kandung kemih sebagai jenis yang paling banyak ditemukan. Temuan tersebut menunjukkan bahwa retensi urine yang berlangsung lama merupakan salah satu faktor yang berperan dalam pembentukan batu saluran kemih pada pasien BPH. *(Guy et al., 2025).*

Selain itu, bukti dari studi kohort besar menunjukkan bahwa BPH juga berhubungan dengan peningkatan risiko penurunan fungsi ginjal dan perkembangan penyakit ginjal kronik, yang menggambarkan bahwa komplikasi renal jangka panjang menjadi perhatian penting dalam manajemen pasien. Komplikasi-komplikasi ini dapat memperburuk kualitas hidup pasien dan membutuhkan penanganan komprehensif sesuai kondisi klinis masing-masing *(Chenxi Ouyang, 2025).*

2.1.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada pasien dengan gejala saluran kemih bawah yang dicurigai akibat *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) meliputi sejumlah evaluasi klinis dan laboratorium untuk menegakkan diagnosis serta menyingkirkan patologis lain. Pemeriksaan penunjang pada pasien dengan gejala saluran kemih bawah (*Lower Urinary Tract Symptoms/LUTS)* yang dicurigai akibat *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) meliputi beberapa evaluasi berikut:

1. Pemeriksaan Klinis
    a) Colok dubur DRE (Digital Rectal Examination)

        Untuk menilai ukuran, bentuk, simetri, dan konsistensi prostat serta mendeteksi adanya kelainan lain.

    b) Penilaian gejala dengan *International Prostate Symptom* Score (IPSS)

        Digunakan untuk menilai derajat keparahan gejala LUTS dan memantau respons terhadap terapi.
2. Pemeriksaan Laboratorium
    a) Urinalisis

        Untuk mendeteksi infeksi saluran kemih, hematuria, dan proteinuria.

    b) Pemeriksaan fungsi ginjal

Meliputi ureum (Blood Urea Nitrogen/BUN) dan kreatinin serum untuk menilai kemungkinan gangguan fungsi ginjal akibat obstruksi kronik.

c) Pemeriksaan PSA *Prostate-Specific Antigen* merupakan protein yang diproduksi oleh sel kelenjar prostat dan digunakan sebagai penanda kondisi prostat, termasuk BPH, prostatitis, dan kanker prostat, sesuai indikasi klinis.

3. Pemeriksaan Fungsional Saluran Kemih

a) Pengukuran sisa urin pasca berkemih PVR *Post Void Residual* Untuk menilai kemampuan pengosongan kandung kemih.

b) Uroflowmetri

Digunakan untuk mengevaluasi kecepatan dan pola aliran urin serta mendeteksi adanya obstruksi.

4. Pemeriksaan Pencitraan

a) Ultrasonografi (USG)

Digunakan untuk menilai volume prostat, mendeteksi batu saluran kemih, serta menilai kondisi kandung kemih dan ginjal bila dicurigai adanya komplikasi.

(Jeh et al., 2026)(Chughtai, B., 2022) .

2.1.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) dilakukan berdasarkan tingkat keparahan gejala, kondisi klinis

pasien, serta adanya komplikasi. Pada pasien dengan gejala ringan atau skor IPSS rendah, pendekatan konservatif berupa *watchful waiting* disertai edukasi gaya hidup dianjurkan, termasuk pengaturan asupan cairan, pembatasan konsumsi kafein dan alkohol, serta pemantauan berkala. Pasien dengan gejala sedang hingga berat memerlukan terapi medikamentosa, terutama alpha-blocker untuk mengurangi resistensi uretra dan 5-alpha reductase inhibitor untuk menurunkan volume prostat. Tindakan operasi *Transurethral Resection of the Prostate* (TURP) umumnya dipilih apabila terapi medikamentosa tidak mampu mengatasi keluhan pasien atau telah muncul komplikasi, seperti retensi urine akut, infeksi saluran kemih berulang, hematuria, batu kandung kemih, serta gangguan fungsi ginjal. Selain itu, prosedur minimal invasif dan terapi alternatif dapat dipertimbangkan pada kondisi tertentu sesuai indikasi klinis dan fasilitas yang tersedia (Nurul Kamilah Sadli1,2*, 2025)

Salah satu tindakan bedah yang masih digunakan dalam penatalaksanaan BPH adalah prostatektomi sederhana (*simple prostatectomy)*, baik dengan pendekatan terbuka maupun minimal invasif. Prosedur ini umumnya diindikasikan pada pasien dengan pembesaran prostat berukuran besar, terutama apabila volume prostat melebihi 80–100 mL, atau pada kondisi di mana tindakan endoskopik seperti TURP dan terapi laser tidak memungkinkan untuk dilakukan. Prostatektomi bertujuan untuk mengangkat

jaringan prostat yang menyebabkan obstruksi saluran kemih sehingga dapat memperbaiki gejala *Lower Urinary Tract Symptoms* (LUTS) dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Tindakan ini juga dipertimbangkan pada pasien dengan komplikasi seperti retensi urin berulang, infeksi saluran kemih berulang, hematuria persisten, batu kandung kemih, atau gangguan fungsi ginjal akibat obstruksi kronis *(Lerner et al., 2021).*

Pemilihan jenis tindakan bedah pada pasien BPH harus mempertimbangkan usia pasien, ukuran dan anatomi prostat, kondisi komorbid, ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, serta keahlian tenaga medis. Tujuan utama dari penatalaksanaan bedah BPH adalah mengurangi hambatan aliran urin, mencegah terjadinya komplikasi lanjutan, serta meningkatkan kualitas hidup pasien secara menyeluruh *(Franco et al., 2023).*

2.1.1.9 Konsep Transurethral Resection of the Prostate (TURP) Dan Bladder Irrigation

Transurethral Resection of the Prostate (TURP) merupakan prosedur bedah urologi minimal invasif yang digunakan sebagai terapi definitif pada pasien *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) dengan gejala sedang hingga berat atau yang mengalami komplikasi akibat obstruksi saluran kemih. TURP dilakukan dengan memasukkan alat resektoskop melalui uretra tanpa membuat sayatan

eksternal, kemudian jaringan prostat yang mengalami hiperplasia direseksi secara bertahap menggunakan loop kawat dengan energi listrik monopolar atau bipolar (Risandi & Halimi, 2025),(Islam et al., 2025).

Tujuan utama tindakan TURP adalah menghilangkan hambatan aliran urin sehingga dapat memperbaiki gejala saluran kemih bawah, seperti kesulitan memulai miksi, aliran urin melemah, nokturia, serta rasa tidak lampias setelah berkemih. Selain itu, TURP bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Prosedur ini umumnya dilakukan dengan anestesi spinal atau anestesi umum dan diakhiri dengan pemasangan kateter urin tiga lumen *(Ma et al., 2024).*

Kateter urin tiga lumen yang dipasang pascaoperasi memiliki fungsi penting, salah satunya untuk irigasi kandung kemih *(bladder irrigation)*. Irigasi kandung kemih merupakan tindakan pemberian cairan steril secara kontinu ke dalam kandung kemih melalui kateter untuk mencegah terbentuknya bekuan darah akibat perdarahan pasca reseksi jaringan prostat. Irigasi ini bertujuan menjaga patensi kateter, memperlancar aliran urin, serta mencegah terjadinya retensi urin dan distensi kandung kemih. Cairan irigasi yang umum digunakan adalah larutan NaCL (Normal Saline) 0,9%, dengan kecepatan aliran disesuaikan berdasarkan warna urin, jumlah perdarahan, dan kondisi klinis pasien *(Ma et al., 2024).*

Indikasi TURP meliputi kegagalan terapi konservatif dan medikamentosa, retensi urin akut atau kronik yang berulang, infeksi saluran kemih berulang, hematuria makroskopik akibat BPH, terbentuknya batu kandung kemih, serta gangguan fungsi ginjal akibat obstruksi saluran kemih bawah. Berdasarkan pedoman urologi internasional, TURP direkomendasikan pada pasien dengan skor *International Prostate Symptom Score* (IPSS) berat yang disertai penurunan kualitas hidup secara signifikan (Risandi & Halimi, 2025). Dengan penatalaksanaan medis dan keperawatan yang optimal, tindakan TURP terbukti efektif dalam mengurangi gejala obstruksi saluran kemih dan memberikan hasil klinis yang baik pada sebagian besar pasien BPH *(Ratanatherawichian et al., 2024).*

2.1.2 Konsep Asuhan Keperawatan *Benign Prostate Hyperplasia* (BPH) Pada *Post-Op Transurethral Resection Of The Prostate* (TURP)

Berdasarkan sumber (Alsafy et al., 2025) Berikut adalah Konsep Asuhan keperawatan Benign Prostate Hyperplasia (BPH) meliputi :

2.1.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dalam proses asuhan keperawatan yang bertujuan untuk memperoleh informasi mengenai kondisi pasien secara menyeluruh. Tahap ini dilakukan melalui proses pengumpulan, verifikasi, dan analisis data yang

berasal dari pasien maupun sumber lain yang relevan. Data yang dikumpulkan meliputi data subjektif dan data objektif, mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, serta spiritual sebagai dasar dalam menetapkan diagnosis keperawatan.

a. Identitas

Pada tahap identitas, perawat mengumpulkan informasi dasar mengenai pasien. Data yang dicatat meliputi nama, usia, jenis kelamin, alamat, nomor rekam medis, status perkawinan, agama, suku, tingkat pendidikan, pekerjaan, diagnosis medis saat pertama kali dirawat, diagnosis medis saat ini, tanggal dan waktu masuk rumah sakit, waktu pelaksanaan pengkajian, serta sumber informasi yang digunakan selama proses pengkajian.

b. Riwayat Penyakit

1. Keluhan utama ketika masuk rumah sakit

   Pengkajian dilakukan untuk mengetahui keluhan utama yang dirasakan pasien saat masuk rumah sakit, seperti ada atau tidaknya nyeri, kelancaran bladder irrigation, serta rasa tidak nyaman yang timbul akibat pemasangan kateter.

2. Riwayat penyakit sekarang

   Kaji kronologi terjadinya BPH, perjalanan penyakit Benign Prostatic Hyperplasia (BPH), mulai dari awal munculnya keluhan, lamanya pasien mengalami gejala, tindakan yang telah dilakukan untuk mengatasi keluhan, penanganan atau

pengobatan yang telah diperoleh, hingga proses yang menyebabkan pasien menjalani tindakan operasi Transurethral Resection of the Prostate (TURP).

3. Riwayat penyakit dahulu

   Pasien dengan BPH perlu dilakukan pengkajian terkait penyakit terdahulu untuk mengetahui adanya penyakit lain yang pernah atau sedang diderita pasien selain Benign Prostatic Hyperplasia (BPH), yang dapat memengaruhi kondisi kesehatan maupun proses perawatan pasien.

4. Riwayat penyakit keluarga

   Pada umumnya, pasien dengan *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) tidak memiliki anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama. Oleh karena itu, riwayat penyakit keluarga biasanya tidak menunjukkan adanya faktor keturunan yang berhubungan dengan kondisi tersebut.

c. Pola Persepsi Fungsi Gordon

1. Pola persepsi dan Manajemen kesehatan

   Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) lebih sering ditemukan pada laki-laki lanjut usia. Sebagian besar pasien menganggap keluhan yang dialami merupakan hal yang wajar karena faktor usia, sehingga sering kali tidak segera memeriksakan diri. Pada pola ini, perawat perlu mengkaji sejauh mana pengetahuan pasien tentang penyakit yang

dideritanya, penyebab terjadinya BPH, serta bagaimana pandangan pasien terhadap proses pengobatan dan pemulihan yang akan dijalani.

2. Pola nutrisi dan metabolik

Pasien pasca operasi TURP sering mengalami perubahan pada pola makan dan kebutuhan cairan. Kondisi tersebut umumnya dipengaruhi oleh rasa nyeri di area operasi sehingga dapat menyebabkan nafsu makan menurun. Selain itu, pasien juga dapat mengeluhkan mual, muntah, serta mengalami penurunan berat badan apabila kebutuhan nutrisi tidak terpenuhi secara optimal. Oleh karena itu, perawat perlu mengkaji pola makan pasien, jumlah makanan dan cairan yang dikonsumsi, serta keseimbangan antara asupan dan pengeluaran cairan selama masa perawatan (Baolian Guo, 2025).

3. Pola eliminasi

Pada pasien setelah menjalani operasi *Transurethral Resection of the Prostate* (TURP), pengkajian pola eliminasi dilakukan untuk menilai kondisi sistem perkemihan. Perawat perlu mengamati karakteristik urine, seperti warna, kejernihan, serta ada atau tidaknya darah dalam urine. Selain itu, jumlah produksi urine dan kondisi drainase melalui kateter juga harus dipantau secara berkala untuk mengetahui kelancaran aliran urine sekaligus mendeteksi kemungkinan terjadinya perdarahan.

Pengkajian juga mencakup keluhan nyeri saat berkemih, rasa tidak nyaman, maupun keinginan berkemih yang muncul terus-menerus. Di samping itu, perawat perlu menilai ada atau tidaknya konstipasi yang dapat dipengaruhi oleh perubahan pola makan, berkurangnya aktivitas, maupun efek samping obat setelah menjalani operasi (Baolian Guo, 2025).

4. Pola latihan-aktivitas

Pada pasien post-TURP umumnya mengalami penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, terutama pada masa awal setelah tindakan operasi. Hal ini dipengaruhi oleh penggunaan kateter, rasa nyeri di area operasi, serta kondisi fisik yang belum pulih sepenuhnya. Oleh karena itu, perawat perlu menilai tingkat kemandirian pasien dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari, seperti berjalan, berpindah tempat, dan melakukan perawatan diri, serta mengidentifikasi apakah pasien masih memerlukan bantuan dari keluarga atau tenaga kesehatan. Selain itu, evaluasi terhadap nyeri di daerah suprapubik juga penting dilakukan karena dapat menghambat mobilisasi dan mengurangi kenyamanan pasien selama proses pemulihan (Ratanatherawichian et al., 2024).

5. Pola istirahat dan tidur

Pengkajian dilakukan untuk mengetahui kualitas tidur pasien setelah menjalani operasi TURP. Perawat perlu menilai

apakah pasien dapat beristirahat dengan baik atau mengalami gangguan tidur. Gangguan tersebut dapat disebabkan oleh nyeri pasca operasi, rasa tidak nyaman akibat pemasangan kateter, maupun sensasi ingin berkemih yang masih dirasakan meskipun urine sudah dialirkan melalui kateter, sehingga kualitas istirahat pasien menjadi terganggu *(Wu et al., 2025).*

6. Pola konsep diri dan persepsi diri

   Perlu adanya identifikasi bagaimana pasien memandang dan menerima kondisi kesehatannya setelah menjalani operasi TURP. Pengkajian ini bertujuan untuk mengetahui apakah pasien mampu menerima perubahan yang dialaminya atau justru mengalami kecemasan, stres, maupun perasaan rendah diri. Perubahan kondisi fisik, penggunaan kateter, gangguan berkemih, serta kekhawatiran terhadap proses penyembuhan dan fungsi seksual dapat memengaruhi konsep diri pasien. Oleh karena itu, perawat perlu mengenali tanda-tanda gangguan konsep diri dan memberikan dukungan emosional sesuai dengan kebutuhan pasien *(Wu et al., 2025)* .

7. Pola kognitif perceptual

   Pasien dengan BPH umumnya berada pada kelompok usia lanjut. Seiring bertambahnya usia, beberapa pasien dapat mengalami penurunan fungsi indra, seperti penglihatan atau pendengaran. Meskipun demikian, kondisi tersebut tidak dialami

oleh semua pasien. Oleh karena itu, perawat perlu mengkaji fungsi kognitif dan kemampuan persepsi pasien selama proses pengkajian *(Wu et al., 2025).*

8. Pola peran dan hubungan

   Pasien yang menderita BPH terkadang memiliki pandangan negatif terhadap penyakit yang dialaminya. Kondisi ini dapat memengaruhi hubungan sosial sehingga interaksi dengan keluarga maupun lingkungan sekitar menjadi berkurang. Dalam pengkajian, perawat perlu menilai bagaimana hubungan pasien dengan anggota keluarga dan orang-orang di sekitarnya, serta apakah penyakit yang dialami menyebabkan perubahan terhadap peran sosial pasien *(Wu et al., 2025).*

9. Pola reproduksi-seksual

   Pasien dengan BPH, baik sebelum maupun sesudah menjalani operasi TURP, dapat mengalami perubahan pada fungsi seksual. Beberapa keluhan yang mungkin muncul antara lain disfungsi ereksi, kesulitan mengontrol pengeluaran urine, penurunan kekuatan saat ejakulasi, serta nyeri akibat pembesaran prostat. Selain melakukan pengkajian terhadap keluhan tersebut, perawat juga perlu memberikan penjelasan bahwa setelah operasi TURP pasien dapat mengalami ejakulasi retrograd sebagai salah satu perubahan yang mungkin terjadi *(Wu et al., 2025).*

10. Pola pertahanan diri dan toleransi stress.

Pada pasien yang menjalani operasi *Transurethral Resection of the Prostate* (TURP), pengkajian terhadap kemampuan beradaptasi toleransi stress dan kecemasan, dengan dilakukan untuk mengetahui kemampuan pasien dalam menghadapi kondisi yang dialaminya selama masa pemulihan. Perawat perlu menggali adanya perasaan cemas, stres, atau kekhawatiran pasien, terutama yang berkaitan dengan proses penyembuhan, kemungkinan timbulnya komplikasi, maupun risiko kambuhnya penyakit. Selain itu, pengkajian juga mencakup respons emosional pasien terhadap perubahan kondisi kesehatannya serta cara yang digunakan untuk mengatasi tekanan atau masalah yang dihadapi. Perawat perlu memperhatikan adanya perubahan psikologis maupun perilaku, seperti tampak sedih, kehilangan minat terhadap lingkungan sekitar, mudah tersinggung, atau penurunan semangat. Tanda-tanda tersebut dapat mengindikasikan bahwa mekanisme kemampuan beradaptasi pasien belum berjalan secara efektif sehingga memerlukan dukungan dan pendampingan lebih lanjut *(Wu et al., 2025).*

11. Pola keyakinan dan nilai

Perlu dikaji apakah kondisi yang dialami pasien memengaruhi pelaksanaan ibadahnya, misalnya karena buang air kecil (BAK) yang tidak terkontrol atau keterbatasan bergerak akibat pemasangan kateter setelah operasi. Selain itu, perlu diketahui apakah pasien memiliki keyakinan, harapan, dan dukungan spiritual yang dapat membantunya menjalani proses penyembuhan. Aspek spiritual menjadi bagian penting karena dapat memberikan ketenangan, meningkatkan semangat, serta memperkuat motivasi pasien selama masa pemulihan *(Wu et al., 2025).*

d. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik merupakan salah satu tahapan penting dalam pengkajian keperawatan yang dilakukan secara sistematis pada setiap sistem tubuh. Pemeriksaan ini menggunakan metode inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi (IPPA) untuk menilai kondisi pasien serta mengidentifikasi adanya kelainan atau perubahan dari keadaan normal *(Wiseman et al., 2024).*

(1) Sistem Pernafasan

Secara teori, pemeriksaan sistem pernapasan bertujuan menilai kecukupan ventilasi dan oksigenasi. Inspeksi dilakukan untuk melihat bentuk dada dan abdomen, simetri, serta pola napas. Auskultasi digunakan untuk menilai suara napas normal maupun

abnormal. Perkusi membantu menentukan resonansi paru, sedangkan palpasi menilai ekspansi dada dan adanya nyeri atau massa (Ryu et al., 2022)

(2) Sistem Kardiovaskuler

Pemeriksaan sistem kardiovaskuler bertujuan menilai fungsi jantung dan sirkulasi darah. Inspeksi dilakukan untuk melihat bentuk dada, adanya sianosis, dan distensi vena. Palpasi menilai denyut apeks dan getaran jantung. Perkusi digunakan untuk menentukan batas jantung, sedangkan auskultasi menilai bunyi jantung S1 dan S2 serta irama denyut jantung (Lateef Alkhaqani, 2023).

(3) Sistem Pencernaan

Pengkajian sistem pencernaan dilakukan untuk menilai fungsi saluran cerna. Inspeksi meliputi kondisi mulut dan bentuk abdomen. Auskultasi dilakukan untuk menilai bising usus normal, dilanjutkan perkusi untuk membedakan bunyi timpani dan pekak, serta palpasi untuk menilai nyeri tekan, pembesaran organ, atau massa abdomen (Vishal Kumar et al, 2024).

(4) Sistem Genitourinaria

Pemeriksaan sistem genitourinaria bertujuan menilai fungsi eliminasi urin serta mendeteksi gangguan pada organ perkemihan dan reproduksi, khususnya pada pasien BPH pasca TURP. Inspeksi

dilakukan untuk menilai kondisi genitalia, karakteristik urin, serta keberadaan kateter yang sering menimbulkan rasa tidak nyaman. Palpasi dilakukan untuk mengidentifikasi nyeri tekan suprapubik atau perineum akibat tindakan pembedahan dan iritasi jaringan. Secara teori keperawatan, kondisi tersebut dapat menimbulkan masalah keperawatan berupa nyeri akut, gangguan rasa nyaman akibat kateter, serta pola tidur tidak efektif yang disebabkan oleh nyeri dan ketidaknyamanan selama istirahat, sehingga pengkajian genitourinaria yang komprehensif sangat diperlukan pada pasien BPH pasca TURP (PPNI, 2018; PPNI, 2018; *(Powell, 2021).*

(5) Sistem Endokrin

Pengkajian sistem endokrin bertujuan mendeteksi gangguan hormonal. Inspeksi meliputi penampilan umum, kondisi kulit, rambut, dan leher. Palpasi dilakukan untuk menilai pembesaran kelenjar tiroid atau parotis. Pengkajian juga mencakup tanda-tanda hiperglikemia dan hipoglikemia sebagai indikator gangguan metabolik *(S. M. Pivovar et al, 2025).*

(6) Sistem Persyarafan

Pemeriksaan sistem persyarafan meliputi penilaian kesadaran, orientasi, dan fungsi kognitif. Pemeriksaan meningeal dilakukan untuk mendeteksi iritasi saraf pusat. Pemeriksaan nervus

kranialis bertujuan menilai fungsi sensorik dan motorik saraf otak yang berhubungan dengan kemampuan penciuman, penglihatan, pendengaran, bicara, dan menelan *(Potter & Perry, 2023).*

(7) Sistem Integumen

Pengkajian sistem integumen dilakukan untuk menilai kondisi kulit sebagai indikator sirkulasi dan hidrasi. Inspeksi meliputi warna, kebersihan, dan turgor kulit. Palpasi digunakan untuk menilai suhu kulit, adanya edema, luka, atau kelainan lain yang dapat memengaruhi kenyamanan dan risiko infeksi pasien *(S. M. Pivovar et al, 2025).*

(8) Sistem Muskuloskeletal

Pemeriksaan muskuloskeletal bertujuan menilai kekuatan otot, rentang gerak, dan kemampuan mobilisasi. Inspeksi dilakukan untuk melihat simetri dan adanya kelainan bentuk, sedangkan palpasi dan pengkajian gerak aktif menilai fungsi ekstremitas atas dan bawah, khususnya pada pasien post-operasi *(Smeltzer & Bare, 2022).*

(9) Sistem Penglihatan

Pengkajian sistem penglihatan dilakukan untuk menilai fungsi visual dan kondisi mata. Inspeksi meliputi simetri bola mata,

warna konjungtiva dan sklera, serta adanya keluhan seperti nyeri atau penglihatan kabur *(Potter & Perry, 2023).*

(10) Wicara dan THT

Pemeriksaan wicara dan THT bertujuan menilai kemampuan komunikasi dan fungsi saluran pernapasan atas. Pengkajian meliputi kejelasan bicara, kondisi telinga, hidung, dan tenggorok, serta kemampuan menelan yang berhubungan dengan fungsi saraf kranialis *(Smeltzer & Bare, 2022).*

2.1.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan sumber Dewi siyamti at el., 2025. Berikut adalah beberapa diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien post-operasi TURP akibat BPH meliputi :

a) Nyeri akut (SDKI: D.0077) b.d agen pencedera fisik akibat tindakan pembedahan ditandai dengan mengeluh nyeri pada area luka operasi.
b) Resiko infeksi (SDKI:D.0142) b.d efek prosedur invasif ditandai dengan kadar leukosit meningkat bila ditemukan saat pengkajian penunjang.
c) Gangguan rasa nyaman (SDKI: D.0074) b.d efek samping terapi ditandai dengan pasien mengeluh tidak nyaman, Pasien tampak gelisah.
d) Gangguan pola tidur (SDKI: D.0056) b.d restraint fisik ditandai dengan pasien mengeluh kemampuan beraktivitas menurun,

pola tidur berubah istirahat tidak cukup terlihat dari ekspresi wajah lelah, pasien tampak menguap berulang akibat keterbatasan gerak karena restraint.

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Menurut SIKI
2.1.2.3 Intervensi Keperawatan Menurut SIKI

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi	
		Tujuan	**Tindakan**
1.	**Nyeri akut b.d agen pecendera fisik D.(0077)**	**Tingkat nyeri L.(08066)** Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Intensitas nyeri yang dirasakan pasien berkurang. 2. Ekspresi meringis tampak menururun. 3. Respons protektif terhadap nyeri semakin berkurang. 4. Tingkat kegelisahan pasien menurun. 5. Gangguan pola tidur mulai membaik. 6. Frekuensi nadi kembali mendekati batas normal.	**Manajemen nyeri I.(08238)** **Observasi** 1. Melakukan pengkajian mengenai lokasi nyeri, karakteristik, lama berlangsung, tingkat keparahan, serta faktor yang mempengaruhi munculnya nyeri. 2. Menilai tingkat nyeri pasien. 3. Mengamati respons nonverbal terhadap nyeri. 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan mengurangi nyeri. 5. Mengkaji tingkat pemahaman pasien dan keluarganya mengenai penyebab, perjalanan, serta cara penanganan nyeri. 6. Menilai pengaruh budaya terhadap terhadap cara pasien mengekspresikan dan menghadapi nyeri. 7. Evaluasi dampak nyeri terhadap aktivitas sehari-hari serta kualitas hidup pasien. 8. Pantau keberhasilan terapi yang telah diberikan dalam mengurangi intensitas nyeri. 9. Amati kemungkinan munculnya efek samping akibat penggunaan obat analgesik.

			Terapeutik 1. Berikan terapi nonfarmakologis, seperti relaksasi, terapi musik, pijat, TENS, atau kompres hangat dan dingin. 2. Ciptakan lingkungan yang nyaman untuk membantu mengurangi nyeri. 3. Bantu pasien mendapatkan posisi yang nyaman saat beristirahat. 4. Sesuaikan penatalaksanaan nyeri dengan penyebab dan kondisi pasien. **Edukasi** 1. Berikan penjelasan mengenai penyebab, lama berlangsung, dan faktor yang memicu nyeri. 2. Edukasi berbagai cara untuk membantu mengurangi nyeri. 3. Anjurkan pasien pemantauan nyeri secara mandiri. 4. Ingatkan pasien menggunakan obat analgesik sesuai petunjuk tenaga kesehatan. 5. Ajarkan teknik penanganan nyeri secara farmakologis sesuai indikasi. **Kolaborasi** Kolaborasikan pemberian analgesik sesuai indikasi.
2.	**Gangguan pola tidur b.d Restraint fisik D.(0055)**	**Pola tidur L.(05045)** Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka pola tidur menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun	**Dukungan tidur I.(05174)** **Observasi** 1. Kaji pola aktivitas dan kebiasaan tidur pasien. 2. Mengkaji faktor fisik maupun psikologis yang mengganggu tidur. 3. Mengkaji konsumsi makanan, minuman, atau kebiasaan yang dapat memengaruhi kualitas tidur. 4. Kaji penggunaan obat tidur.

	5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	**Terapeutik** 1. Sediakan lingkungan yang tenang dan nyaman agar pasien dapat tidur dengan baik. 2. Anjurkan pasien membatasi tidur pada siang hari bila tidak diperlukan. 3. Bantu pasien melakukan relaksasi untuk mengurangi stres menjelang waktu tidur. 4. Dorong pasien menerapkan jadwal tidur yang teratur. 5. Lakukan tindakan yang dapat meningkatkan kenyamanan, seperti mengatur posisi tubuh, pijat, atau akupresur. 6. Atur waktu pemberian obat dan tindakan keperawatan agar tidak mengganggu waktu istirahat pasien. **Edukasi** 1. Jelaskan kepada pasien pentingnya memenuhi kebutuhan tidur yang cukup untuk mendukung proses pemulihan. 2. Anjurkan pasien untuk membiasakan tidur sesuai jadwal yang telah ditentukan. 3. Sarankan pasien menghindari makanan dan minuman yang dapat mengganggu kualitas tidur. 4. Edukasikan penggunaan obat tidur sesuai petunjuk dan hindari pemakaian yang dapat mengganggu fase tidur REM. 5. Jelaskan berbagai faktor yang memengaruhi kualitas tidur, seperti kondisi psikologis, pola hidup, dan perubahan jadwal kerja. 6. Ajarkan teknik relaksasi autogenik atau metode nonfarmakologis lainnya untuk membantu meningkatkan kualitas tidur .	

3.	**Gangguan rasa nyaman b.d efek samping terapi D.(0074)**	**Status kenyamanan L.(08064)** Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka status kenyamanan menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan rasa tidak nyaman menurun atau tidak ada. 2. Tingkat kegelisahan pasien berkurang	**Pengaturan posisi I.(010019)** **Observasi** 1. Nilai kondisi oksigenasi pasien sebelum dan setelah dilakukan perubahan posisi. 2. Periksa kembali agar alat traksi tetap terpasang dengan cepat. **Terapeutik** 1. Tempatkan pasien pada tempat tidur atau matras yang sesuai dengan kebutuhan. 2. Atur posisi tubuh pasien berdasarkan kondisi dan tujuan terapi. 3. Letakkan bel panggil serta barang yang sering digunakan dalam jangkauan pasien. 4. Pastikan meja atau lampu panggil mudah dijangkau pasien. 5. Gunakan matras yang kuat dan memberikan penyangga yang baik. 6. Bantu pasien memperoleh posisi tidur yang nyaman sesuai kondisnya. 7. Posisikan pasien untuk membantu mengurangi sesak napas atau meningkatkan ventilasi bila diperlukan. 8. Atur posisi yang dapat menunjang proses drainase sesuai indikasi. 9. Pastikan posisi tubuh pasien berada pada kesejajaran yang tepat. 10. Lakukan imbobilisasi dan berikan penyangga pada bagain tubuh yang mengalami cedera. 11. Ttinggikan area tubuh yang mengalami pembengkakan. 12. Anjurkan latihan rentang gerak (ROM) aktif sebanyak sekitar 20 kali atau sesuai kemampuan pasien. 13. Tinggikan bagian kepala tempat tidur sesuai kebutuhan pasien.	

14. Gunakan bantal untuk memberikan penopang pada area yang diperlukan.
15. Tambahkan penyangga di area yang mengalami edema, misalnya menggunakan bantal di bawah lengan atau skrotum.
16. Atur posisi pasien untuk membantu meningkatkan ventilasi dan perfusi sesuai kondisi.
17. Dorong pasien melakukan latihan ROM secara mandiri sesuai kemampuan
18. Libatkan pasien saat melakukan perubahan posisi sesuai dengan kondisinya
19. Hindari posisi yang dapat meningkatkan rasa nyeri.
20. Jangan menempatkan tungkai yang diamputasi pada posisi fleksi.
21. Pilih posisi yang nyaman agar tidak menimbulkan ketegangan pada luka dan mendukung proses penyembuhan.
22. Gunakan teknik mengangkat dan memindahkan pasien yang benar saat mengubah posisi.
23. Ubah posisi pasien secara berkala, sekitar setiap dua jam atau sesuai kebutuhan.
24. Gunakan alat bantu seperti *log roll* bila diperlukan untuk menjaga keamanan pasien.
25. Pertahankan posisi dan integritas alat traksi selama perawatan.

Edukasi

1. Jelaskan kepada pasien sebelum melakukan perubahan posisi.
   Ajarkan cara menjaga postur dan mekanika tubuh yang benar saat mengubah posisi.

Kolaborasi

1. Kolaborasikan pemberian premedikasi sebelum

			perubahan posisi bila diperlukan.
4.	**Resiko infeksi b.d efek prosedur invasif (D.0142)**	**Status Tingkat Infeksi (L.14137)** Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka status infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Suhu tubuh kembali normal. 2. Kemerahan berkurang. 3. Nyeri berkurang 4. Pembengkakan berkurang. 5. Kadar sel darah putih kembali dalam batas normal.	**Pencegahan Infeksi (I.14539)** **Observasi** 1. Pantau tanda dan gejala infeksi, baik lokal maupun sistemik. **Terapeutik** 1. Pembataasan jumlah pengunjung. 2. Lakukan perawatan kulit pada area edema 3. Terapkan kebiasaan mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kontak dengan pasien. 4. Gunakan prinsip aseptik secara konsisten, terutama pada pasien yang berisiko tinggi mengalami infeksi. **Edukasi** 1. Berikan penjelasan mengenai tanda dan gejala infeksi kepada pasien. 2. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar. 3. Edukasikan etika batuk yang sesuai untuk mencegah penularan infeksi. 4. Ajarkan pasien batuk yang sesuai untuk mencegah penularan infeksi. 5. Anjurkan pasien meningkatkan asupan cairan sesuai kebutuhan. 6. Sarankan pasien memnuhi kebutuhan nutrisi dan cairan untuk mendukung proses penyembuhan. **Kolaborasi** 1. Bekerja sama dengan tim medis dalam pemberian imunisasi apabila diperlukan.

2.1.2.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan merupakan tahap dalam proses asuhan keperawatan yang dilakukan setelah perencanaan selesai disusun. Pada tahap ini, perawat mengimplementasikan seluruh intervensi yang telah direncanakan untuk membantu pasien mencapai tujuan dan hasil yang telah ditetapkan. Pelaksanaan dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan berdasarkan hasil pengkajian dan diagnosa keperawatan, serta memperhatikan keselamatan, kebutuhan, dan respon pasien selama perawatan berlangsung (Vonny Polopadang & Nur Hidayah, 2019).

2.1.2.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah bagian terakhir dari rangkaian proses keperawatan yang dilakukan untuk mengetahui sejauh mana tujuan yang telah direncanakan dapat tercapai serta melihat keberhasilan dari tindakan keperawatan yang sudah diberikan kepada pasien. Tahap evaluasi dilakukan dengan cara membandingkan perubahan kondisi dan respons pasien setelah mendapatkan intervensi dengan standar atau kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya. Dalam pendokumentasiannya, evaluasi keperawatan dapat menggunakan format SOAP yang terdiri dari Subjective berupa keluhan atau pernyataan yang disampaikan pasien, Objective berupa data hasil pemeriksaan atau pengamatan perawat, Assessment berupa penilaian terhadap perkembangan masalah pasien, dan Plan berupa rencana tindakan selanjutnya. Selain format SOAP, terdapat pula format SOAPIER yang merupakan pengembangan dari SOAP dengan penambahan bagian

Intervention untuk mencatat tindakan yang telah dilakukan serta Evaluation untuk mengetahui hasil dari tindakan tersebut terhadap kondisi pasien. Penggunaan format SOAP maupun SOAPIER membantu perawat dalam memantau perkembangan pasien secara terstruktur dan menjadi pedoman dalam menentukan tindakan keperawatan berikutnya, baik melanjutkan, mengubah, maupun menghentikan intervensi sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien (Mersi et al., 2024).

2.2 Landasan Teoritis

2.2.1 Konsep Nyeri

2.2.1.1 Pengertian Nyeri

Menurut Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2022) nyeri adalah pengalaman yang melibatkan aspek sensorik dan emosional yang muncul akibat adanya kerusakan jaringan, baik yang benar-benar terjadi maupun yang berpotensi terjadi. Persepsi terhadap nyeri berbeda pada setiap individu karena dipengaruhi oleh ambang nyeri, cara seseorang menafsirkan rangsangan, serta respons tubuh yang dimilikinya. Oleh karena itu, keluhan nyeri yang disampaikan pasien menjadi acuan utama dalam proses penilaian klinis.

Dari sisi fisiologis, nyeri muncul ketika reseptor nyeri (nosiseptor) menerima rangsangan, seperti rangsangan mekanik, kimia, atau termal. Sinyal nyeri kemudian dihantarkan melalui serabut saraf perifer menuju medula spinalis dan selanjutnya diteruskan ke korteks serebri untuk diproses

sehingga seseorang merasakan sensasi nyeri. Respons tubuh terhadap nyeri dapat ditunjukkan melalui peningkatan tekanan darah, denyut nadi, dan frekuensi pernapasan, serta perubahan perilaku, misalnya meringis, tampak gelisah, atau melindungi bagian tubuh yang terasa sakit nyeri. Respons tubuh terhadap nyeri dapat berupa peningkatan tekanan darah, frekuensi nadi, dan laju pernapasan, serta respons perilaku seperti meringis, gelisah, atau memegang area yang terasa nyeri.

2.2.1.2 Klasifikasi Nyeri

Nyeri dapat dibedakan berdasarkan lama berlangsungnya serta faktor penyebabnya, yaitu sebagai berikut.

1. Nyeri Akut

   Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak sebagai respons terhadap kerusakan jaringan, cedera, atau tindakan pembedahan. Jenis nyeri ini umumnya hanya berlangsung dalam waktu singkat dan akan berangsur membaik sejalan dengan proses pemulihan jaringan yang mengalami gangguan.

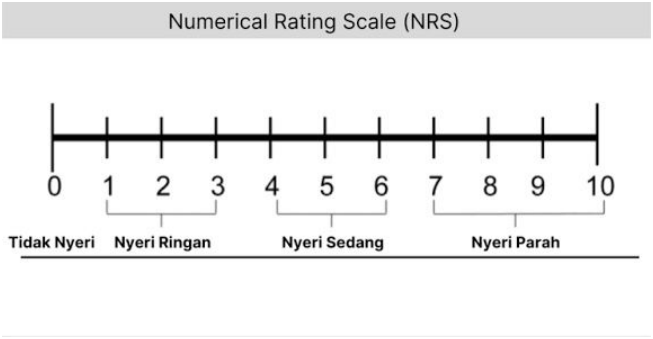
2. Nyeri Kronis

   Nyeri kronis adalah nyeri yang menetap dalam jangka waktu lebih dari tiga bulan atau terus dirasakan meskipun masa penyembuhan normal telah terlewati. Kondisi ini tidak hanya memengaruhi kesehatan fisik, tetapi juga dapat memberikan dampak terhadap kondisi psikologis serta kualitas hidup penderitanya.

2.2.1.3 Pengukuran Nyeri

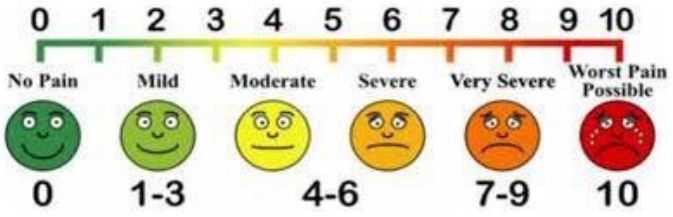
Pengkajian nyeri merupakan bagian penting dalam asuhan keperawatan. Beberapa skala yang sering digunakan antara lain:

a) NRS *(Numeric Rating Scale)* → pasien menilai nyeri dari skala 0–10.



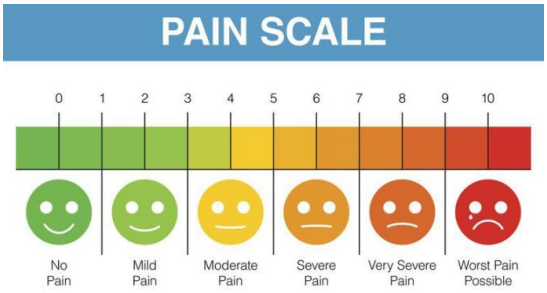
Gambar 2.2 NRS (Numeric Rating Scale)

b) VAS *(Visual Analog Scale)* → pasien menunjukkan tingkat nyeri pada garis skala.



Gambar 2.3 VAS (Visual Analog Scale)

c) *Wong-Baker Faces Scale* → menggunakan gambar ekspresi wajah untuk menggambarkan tingkat nyeri. Penggunaan skala ini membantu perawat dalam menentukan tingkat keparahan nyeri dan mengevaluasi efektivitas intervensi yang diberikan



Gambar 2.4 Wong-Baker Faces Scale

.

2.2.1.4 Nyeri pada Pasien Post TURP

Pada pasien dengan *Benign Prostatic Hyperplasia* yang menjalani tindakan *Transurethral Resection of the Prostate*, nyeri pada pasien post TURP ini termasuk ke Nyeri Akut biasanya dirasakan pada area suprapubik atau perineum akibat manipulasi jaringan prostat dan pemasangan kateter. Nyeri dapat disertai sensasi tidak nyaman, spasme kandung kemih, atau rasa ingin berkemih terus-menerus. Penatalaksanaan nyeri dilakukan melalui terapi farmakologis seperti analgesik serta intervensi nonfarmakologis seperti teknik relaksasi dan distraksi untuk meningkatkan kenyamanan pasien.

2.2.2 Konsep Relaksasi Autogenik

2.2.2.1 Definisi dan Mekanisme Relaksasi Autogenik

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaporkan dalam artikel jurnal oleh Yulis Hati et al. (2023), Relaksasi Autogenik adalah teknik relaksasi non-farmakologis yang dilakukan dari dalam diri sendiri dengan penggunaan sugesti tekanan sadar, pengaturan napas yang terkontrol, dan

konsentrasi pada sensasi tubuh untuk secara sistematis menurunkan ketegangan otot serta menekan aktivitas sistem saraf simpatis yang berlebihan.

Teknik ini membantu tubuh berpindah ke keadaan yang lebih rileks dengan meningkatkan dominasi sistem saraf parasimpatis, sehingga respons stres fisiologis berkurang. Dalam penerapannya, pasien dipandu untuk fokus pada sensasi berat dan hangat di ekstremitas tubuh, pola napas yang teratur, serta visualisasi keadaan tenang. Respons fisiologis seperti denyut jantung dan tekanan darah yang menurun menunjukkan efektivitas relaksasi autogenik dalam mengurangi kecemasan dan persepsi nyeri.

Relaksasi autogenik berbeda dari teknik relaksasi lain karena lebih menekankan pada sugesti internal yang pasif dan kesadaran tubuh tanpa rangsangan eksternal yang kuat, sehingga teknik ini mengajarkan pasien cara menenangkan dirinya sendiri secara mandiri.

2.2.2.2 Manfaat Relaksasi Autogenik dalam Manajemen Nyeri

Relaksasi autogenik memiliki berbagai manfaat dalam manajemen nyeri karena teknik ini dapat membantu menurunkan ketegangan otot, memperlambat napas, menurunkan denyut jantung, serta meningkatkan kenyamanan dan relaksasi pasien secara keseluruhan *(Nguyen et al., 2022).*

Teknik ini digunakan sebagai strategi tambahan pada pasien pasca operasi, termasuk manajemen nyeri akut, selain terapi farmakologis seperti analgesik. Pendekatan ini bertujuan untuk meningkatkan efektivitas pengendalian nyeri, mengurangi kebutuhan obat analgesik, serta membantu

pasien merasa lebih terkendali atas sensasi nyeri yang dialami *(Chen & Liu, 2023).*

Selain itu, relaksasi autogenik dapat membantu menurunkan kecemasan dan meningkatkan kualitas tidur, yang keduanya berkontribusi terhadap persepsi nyeri yang lebih rendah dan proses pemulihan yang lebih baik pada pasien pasca tindakan bedah *(Park & Kim, 2022).*

2.2.2.3 Bukti Penelitian Dan SOP Terkait Relaksasi Autogenik

Penelitian mengenai penerapan relaksasi autogenik pada pasien pasca-TURP masih belum banyak dilakukan. Meskipun demikian, beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa teknik relaksasi autogenik memiliki manfaat dalam membantu mengurangi intensitas nyeri setelah tindakan operasi.

Penelitian yang dilakukan Syamsiah & Muslihat, 2015 mengenai pengaruh terapi relaksasi autogenik terhadap nyeri akut menemukan bahwa pemberian latihan relaksasi secara rutin selama dua minggu mampu menurunkan tingkat nyeri pada pasien yang mengalami nyeri abdomen. Hasil tersebut menunjukkan bahwa relaksasi autogenik dapat menjadi salah satu metode nonfarmakologis yang efektif untuk mengendalikan nyeri. Temuan serupa juga pada penelitian yang dilakukan oleh Yulis Hati et al. yang menyatakan bahwa penerapan relaksasi autogenik pada pasien setelah operasi TURP, dilakukan sebanyak tiga kali sehari dengan durasi sekitar 10 menit setiap sesi, dapat membantu menurunkan skala nyeri. Hasil ini

menunjukkan bahwa latihan relaksasi autogenik berpotensi memberikan manfaat dalam mengurangi keluhan nyeri pada pasien pascaoperasi**.**

Pelaksanaan intervensi:

a) Mengatur posisi tubuh pasien
b) Mengarahkan pasien untuk melakukan konsentrasi dan meningkatkan kewaspadaan
c) Melanjutkan latihan dengan tarikan dan hembusan napas menggunakan hitungan 1 sampai 10, juga dilakukan sebanyak 3 kali.
d) Melakukan relaksasi yang berfokus pada pengaturan napas selama kurang lebih 10 menit.
e) Mengakhiri intervensi dengan pengalihan perhatian melalui pengulangan kalimat sugestif atau mantra, seperti “saya merasa tenang dan nyaman berada di sini”, untuk memperkuat efek relaksasi.