

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Konsep BPH

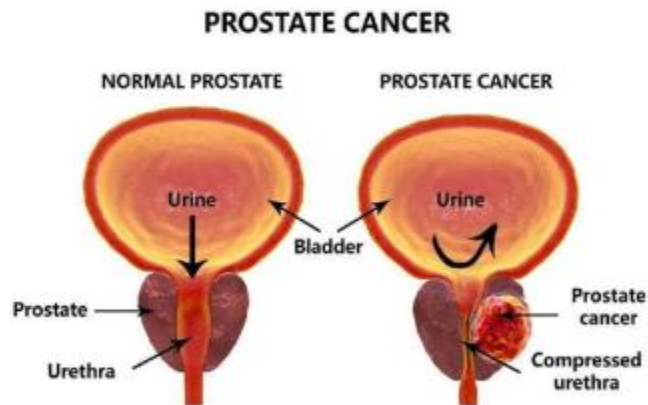
a. Pengertian

Berdasarkan Ikatan Ahli Urologi Indonesia (IAUI) BPH merupakan istilah histopatologis, yaitu adanya hiperplasia sel stroma dan sel epitel kelenjar prostat (Mochtar dkk, 2015)

Menurut (Taufan, 2011 dalam Wulandari, 2019), Benign Prostatic Hyperplasia disebabkan oleh hiperplasia sebagian atau seluruh komponen kelenjar prostat.

b. Anatomi Fisiologis

Kelenjar prostat merupakan salah satu organ genitalia pada pria yang terletak disebelah inferior buli-buli di depan rektum dan membungkus uretra posterior. Bentuknya sebesar buah kenari dengan berat normal pada orang dewasa kurang lebih 20 gram. Kelenjar prostat yang terbagi atas beberapa zona, antara lain zona perifer, zona sentral, zona transisional, zona fibromuskuler, dan zona periuretra. Sebagian besar hiperplasia prostat terdapat pada zona transisional (zona yang terdapat bagian salah satu organ genitalia pria yang menjadi besar akibat penumpukan urine) (Tanto, 2014).



Gambar 2.1 Anatomi Prostat

Kelenjar prostat merupakan organ berkapsul yang terletak dibawah kandung kemih dan ditembus oleh uretra. Uretra yang menembus kandung kemih ini disebut uretra pars prostatika. Lumen uretra pars prostatika dilapisi oleh epitel transisional.

c. Klasifikasi

Derajat berat BPH menurut Tanto (2014) adalah sebagai berikut :

1) Stadium I

Ada obstruksi tapi kandung kemih masih mampu mengeluarkan urine sampai habis.

2) Stadium II

Ada retensi urine tetapi kandung kemih mampu mengeluarkan urine walaupun tidak sampai habis masih tersisa kira-kira 60-150 cc. Ada rasa tidak enak saat BAK atau disuria dan menjadi nocturia.

3) Stadium III

Setiap BAK urine tersisa kira-kira 150 cc

4) Stadium IV

Retensi urine total, buli-buli penuh pasien tampak kesakitan.

Urine menetes secara periodik.

d. Etiologi

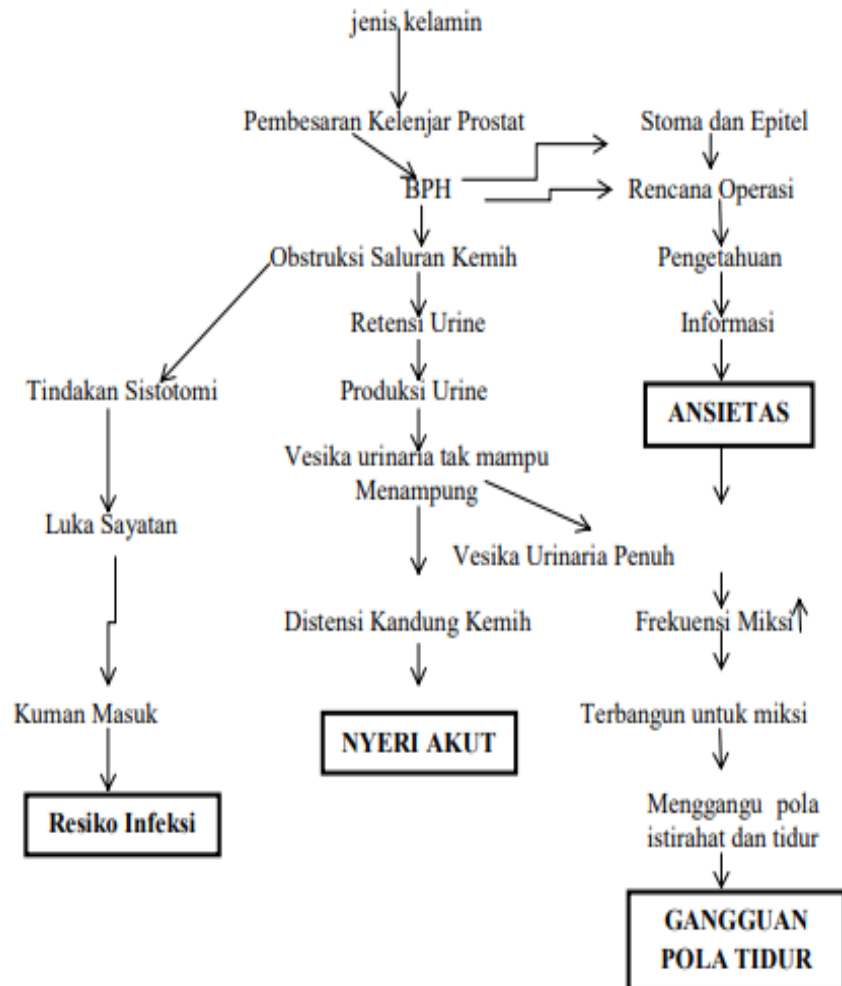
Menurut Tanto (2014) teori yang umum digunakan adalah bahwa BPH bersifat multifactorial dan pengaruh oleh sistem endokrin, selain itu ada pula yang menyatakan bahwa penuaan menyebabkan peningkatan kadar estrogen yang menginduksi reseptor androgen sehingga meningkat sensitivitas prostat terhadap testosteron bebas, secara patologis, pada BPH terjadi proses hiperplasia sejati disertai peningkatan jumlah sel. Pemeriksaan mikroskopis menunjukkan bahwa BPH tersusun atas stroma dan epitel dengan rasio yang bervariasi.

e. Patofisiologi

Menurut Tanto (2014) kelenjar prostat terletak dibawah kandung kemih dan tembus oleh uretra. kelenjar ini dibagi empat zona yaitu zona perifer, sentral, stroma fibromuskularis anterior, dan transsisional, yang disebut dengan benign prostatic obstruction (BPO). Gejala klinis yang timbul terbagi atas dua jenis yaitu gejala obstruksi dan gejala iritasi, gejala obstruksi timbul akibat sumbatan secara langsung akibat uretra, gejala iritatif terjadi sekunder pada kandung kemih sebagai respon meningkatkan resistensi pengeluaran dan pengosongan yang tidak sempurna menyebabkan rangsangan pada kandung kemih berkontraksi pada kondisi belum penuh.

f. Patway

Menurut Tanto (2014) perjalanan penyakit BPH Faktor pencetus BPH : Riwayat Kongenital, faktor umur, jenis kelamin



g. Manifestasi Klinis

Menurut Tanto (2014) pada umumnya pasien BPH datang dengan gejala-gejala truktus urinarius bawah (lower urinari tract symptoms -LUTS) yang terdiri atas gejala obstruksi dan iriatif.

Gejala obstruktif :

- 1) Miksi terputus
- 2) Hesitancy: saat miksi pasien harus menunggu sebelum urin keluar
- 3) Harus mengedang saat mulai miksi
- 4) Kurangnya kekuatan dan pancaran urine
- 5) Sensasi tidak selesai berkemih
- 6) Miksi ganda (berkemih untuk kedua kalinya dalam waktu ≤ 2 jam setelah miksi sebelumnya)
- 7) Menetes pada akhir miksi

Gejala iritatif :

- 1) Frekuensi sering miksi
- 2) Urgensi : rasa tidak dapat menahan lagi, rasa ingin miksi
- 3) Nokuria : terbangun di malam hari untuk miksi
- 4) Inkontinensia: urine keluar di luar kehendak

h. Komplikasi

Terdapat beberapa komplikasi yang mungkin terjadi pada klien benign prostatic hyperplasia (BPH) yang telah menjalani prosedur pembedahan, baik prostatektomi maupun TURP. Berikut beberapa komplikasi yang mungkin terjadi :

1) Inkontinensia

Satu persen klien yang menjalani operasi prostatektomi mengalami inkontinensia dalam jangka waktu yang lama.

2) Striktur

Striktur uretra dapat terjadi sepanjang prosedur operasi

3) Impotensi .

TURP yang diikuti terjadinya impotensi dilaporkan terjadi anatar 4% dan 30%.

4) Hemoragi

Merupakan perdarahan post opeeatif terjadi hampir pada 4% klien post operatif. Perdarahan berulang dapat saja terjadi yang menyebabkan klien harus kembali ke rumah sakit.

5) Kematian

Secara keseluruhan, kematian akibat TURP kurang dari 1% dan biasanya terjadi akibat permasalahan kardiovaskuler atau komplikasi pernafasan. Akan tetapi, risiko kematian juga dapat ditimbulkan jika terjadi sindroma TUR dan tidak segera dilakukan penanganan secara tepat.

i. Kriteria Diagnosa

1) Kebanyakan kepada pria berumur > 50

2) Tanda iritasi : Frekuensi miksi bertambah, nokturia, disuria, urgency, terakhir miksi belum puas

3) Tanda obstruksi : pancaran lemah, mengedan waktu miksi

4) Dulit miksi

5) Pemeriksaan colok dubur : pembesaran prostat, kenyal, pengukuran sisa urin

j. Pemeriksaan Penunjang

1) BNO IVP

2) Transrektal ultrasonografi – prostat

- 3) Lab : rutin persiapan operasi, PSA.
 - 4) Biopsi jarum bila ada kecurigaan pada colok dubur atau PSA 10
- k. Terapi
- 1) Terapi konservatif : keluhan iritatif dan obstruksi ada, sisa urine kurang dari 50 cc
 - 2) Pertolongan pertama :
 - a) Pemasangan kateter pada retensi urine kecil
 - b) Memasang sistomi perkutan / terbuka bila pemasangan kateter gagal
 - 3) Operasi definitif :
 - a) Sisa urine > 50 cc : Transurethral Resection Of The prostate / TURP oleh spesialis urologi
 - b) Prostatektomi terbuka oleh dokter spesialis bedah
 - c) Transurethral incision of the prostate / TUIP oleh spesialis urologi
 - d) Visual laser ablation of prostate / VILAP oleh dokter spesialis urologi terlatih
- l. Pemeriksaan Penunjang
- 1) Prostat spesifik anti gen (PSA), bersifat spesifik tetapi tidak spesifik kanker. Pemeriksaan ini dapat dilakukan untuk menilai bagaimana perjalanan penyakit BPH selanjutnya, keluhan akibat BPH lebih berat atau lebih mudah terjadi retensi urine akut, rentang normal nilai PSA adalah

- a) 40-49 tahun : 0-2,5 ng/mL
 - b) 50-59 tahun : 0-3,5 ng/mL
 - c) 60-69 tahun : 0-4,5 ng/mL
 - d) 70-79 tahun : 0-6,5 ng/mL
- 2) Nilai PSA >4 ng/mL merupakan indikasi tindakan biopsi prostat
 - 3) Flowmetri : Qmax (laju pancaran urine maksimal) turun biasanya < 15 cc
 - 4) USG/kateter untuk menilai volume urine residual
 - 5) Transrectal/transabdominal Ultrasonografi (TRUS/TAUS) mengukur volume prostat dan menemukan gambaran hipoekoik
 - 6) Pemeriksaan atas indikasi : intravenous

2. Konsep Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori nyeri dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh ataupun sering disebut dengan destruktif dimana jaringan rasanya seperti di tusuk-tusuk, panas terbakar, melilit, seperti emosi, perasaan takut dan mual. Galuh (2016, dalam Aristiawan 2019) mengemukakan nyeri adalah kondisi perasaan yang tidak menyenangkan. Sifatnya sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang baik dalam hal skala ataupun tingkatannya dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan dan mengfakuasi rasa nyeri tersebut yang dialaminya.

Internasional association for study of pain (IASP) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang

tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat akut yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan (Aristiawan, 2019).

a. Klasifikasi nyeri

Menurut pendapat Andarmoyo (2013 dalam Pahlepi, 2016), klasifikasi nyeri dibedakan menjadi dua yaitu :

1) Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut dari penyakit, atau intervensi bedah yang memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan hingga berat) dan berlangsung pada waktu yang singkat. Untuk tujuan definisi, nyeri akut dapat dijelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan fungsi dari nyeri akut yaitu untuk memberikan peringatan terhadap sesuatu cedera atau penyakit yang akan datang (Pahlepi, 2016).

Nyeri akut sendiri dapat berhenti dengan sendirinya (*self-limiting*) dan akhirnya menghilang tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang terjadi kerusakan. Nyeri akut berdurasi singkat (kurang dari 6 bulan), yang memiliki onset tiba-tiba dan berlokalisasi. Nyeri ini biasanya disebabkan karena trauma bedah atau inflamasi. Kebanyakan orang pernah mengalami nyeri sejenis ini, seperti pada saat sakit kepala, sakit gigi, terbakar, tersayat pisau, persalinan, pasca pembedahan dan lain-lain (Pahlepi, 2016).

Nyeri akut terkadang disertai dengan aktifitas system saraf simpatis yang akan memeperlihatkan gejala seperti peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, diaphoresis, dan dilatasi pupil. Secara verbal pasien yang mengalami nyeri yang melaporkan adanya ketidaknyamanan berkaitan dengan nyeri yang dirasakan. Pasien yang merasakan nyeri akut biasanya akan memperlihatkan respons emosi dan perilaku menamgis, mengerang kesakitan, mengerutkan ajah atau menyeringai (Pahlepi, 2016).

2) Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah konstant atau interminten yang menetap suatu panjang waktu. Nyeri kronik sendiri berlangsung lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dengan tepat dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada peyebabnya (Pahlepi, 2016).

Nyeri kronik dibagi menjadi dua, yaitu nyeri kronik nonmaligna dan maligna. Nyeri kronik nonmaligna merupakan nyeri yang timbul akibat cedera jaringan yang progresif atau yang menyembu, biasanya timbul tanpa penyebab yang jelas misalmya nyeri pinggang bawah, nyeri yang didasari dengan kondisi kronis, misalnya osteoporosis. Sedangkan untuk nyeri kronik maligna yang sering disebut dengan nyeri kanker memiliki penyebab nyeri yang dapat diidentifikasi yaitu, terjadi

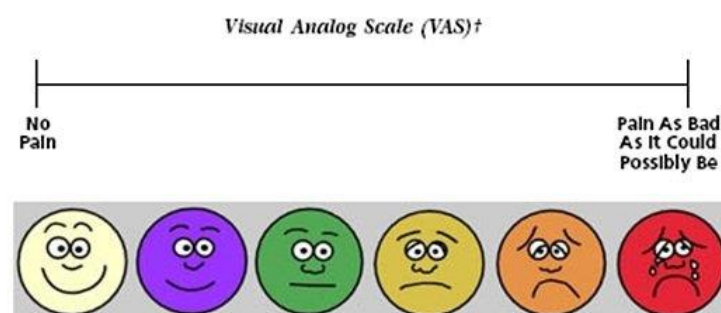
akibat perubahan pada saraf. Perubahan ini terjadi biasa karena penekanan pada saraf akibat metastasis sel-sel kanker maupun zat-zat kimia maupun pengaruh zat-zat kimia yang dihasilkan oleh kanker itu sendiri (Pahlepi, 2016).

3) Penilaian respon intensitas nyeri

Menurut Tamsuri (2007 dalam Pahlepi, 2016) intensitas nyeri merupakan suatu gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh setiap individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Akan tetapi pengukuran dengan teknik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri.

Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan skala sebagai berikut :

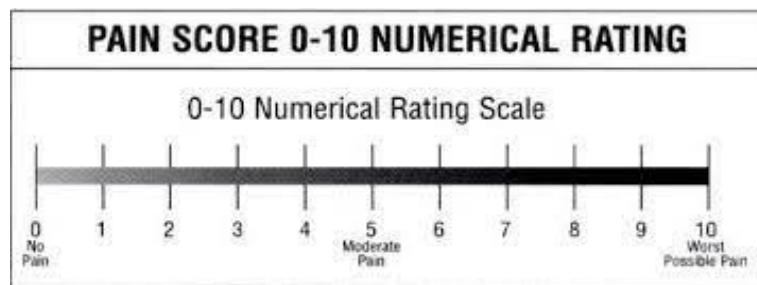
a) Skala analog visual



Gambar 2.3 skala analog visual

Skala analog visual (visual analog scale, VAS) merupakan suatu garis lurus/horizontal sepanjang 10 cm, memiliki intensitas nyeri yang terus menerus dan pendeskripsi verbal setiap ujungnya. Skala ini memberikan kepada pasien untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS merupakan pengukuran keparahan nyeri lebih sensitive karena pasien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada di paksa memilih satu kata atau angka (Pahlepi, 2016)

b) Skala *numerik rating scale*



Skala penilaian numerik (*numeric rating scale*, NRS)

lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian. Dalam hal ini pasien dapat menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif yang digunakan saat pengkajian intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik (Pahlepi, 2016).

c) Skala deskriptif



Gambar 2.5 skala deskriptif

Keterangan :

- : tidak nyeri
- 1-3: nyeri ringan (secara objektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik)
- 4-6: nyeri sedang (secara objektif pasien medesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya dapat mengikuti perintah dengan baik)
- 7-9: nyeri berat (secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih memberikan respon terhadap tindakan dan dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikan, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi.
- 10 : nyeri sangat berat (pasien sudah tidak mampu lagi untuk berkomunikasi)

b. Respon fisiologis terhadap nyeri

Perubahan atau respon fisiologis dianggap sebagai indikator nyeri yang lebih akurat dibandingkan dengan laporan verbal oleh pasien. Respon fisiologis harus digunakan sebagai pengganti untuk laporan verbal dsri nyeri pads pasien tidak sadar dan jangan digunakan untuk mencoba memvalidasi laporan verbal dari nyeri individu

Respon fisiologis terhadap nyeri dapat sangat membahayakan individu, pada saat impuls nyeri naik ke mudulla spinalis menuju ke

batang otak dan hipotalamus, sistem saraf otonom menjadi terstimulus sebagai bagian dari respon stress. Stimulus pada cabang simpatis pada system saraf otonom menghasilkan respon fisiologis. Apabila nyeri terus menerus, berat dalam dan melibatkan organ-organ dalam maka system saraf simpatis akan menghasilkan suatu aksi (Pahlepi, 2016)

c. Tujuan strategi penatalaksanaan nyeri

Manajemen keperawatan dilakukan dengan tujuan sebagai berikut :

- 1) Mengurangi intensitas nyeri
- 2) Menurunkan kemungkinan berubahnya nyeri akut menjadi gejala nyeri kronis persisten
- 3) Menurangi ketidakberdayaan akibat nyeri
- 4) Meminimalkan reaksi yang tak diinginkan atau intoleransi terhadap nyeri
- 5) Mengoptimalkan kemamouan pasien untuk menjalankan aktifitas sehari-hari

d. Karakteristik nyeri

Untuk membantuk pasien dalam keluhannya secara lengkap, pengkajian yang harus dilakukan untuk mengkaji karakteristik nyeri bisa menggunakan pendekatan analisis sympton. Komponen pengkajian analisis sympton meliputi (PQRST) : P (paliatif/propocatif = yang menyebabkan timbulnya masalah), Q

(quantity/quality = kualitas dan kuantitas nyeri yang dirasakan, R (region = lokasi nyeri), S (severity =keparahan), T (time = waktu).

3. Konsep Relaksasi Napas Dalam

a. Definisi relaksasi napas dalam

Terapi relaksasi napas dalam adalah pernapasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik napas. Efek dari terapi ini adalah distraksi atau pengalihan perhatian (Hartanti, 2016). Mekanisme relaksasi napas dalam pada sistem pernapasan berupa suatu keadaan inspirasi dan ekspirasi pernapasan dengan frekuensi pernapasan 6-10 kali permenit sehingga terjadi suatu peningkatan regangan kardiopulmonari.

Terapi relaksasi napas dalam ini dapat dilakukan secara mandiri, relatif mudah dilakukan dari pada terapi nofarmakologis lainnya, tidak membutuhkan waktu yang lama untuk melakukan terapi ini, dan dapat mengurangi dampak buruk dari terapi farmakologis bagi penderita benign prostatic hyperplasia (BPH).

b. Tujuan relaksasi napas dalam

Tujuan dari teknik relaksasi napas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, meningkatkan efisiensi batuk, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, dan mengurangi tingkat stres baik itu stres fisik maupun emosional sehingga dapat menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan oleh individu.

Selain dari tujuan tersebut, terdapat beberapa tujuan dari teknik relaksasi napas dalam yaitu antara lain untuk mengatur frekuensi pola napas, memperbaiki fungsi diafragma, menurunkan kecemasan, meningkatkan relaksasi otot, mengurangi udara yang terperangkap, meningkatkan inflasi alveolar, memperbaiki kekuatan otot-otot pernapasan, dan memperbaiki mobilitas dada dan vertebra thorakalis.

c. Efek teknik relaksasi napas dalam

Teknik relaksasi napas dalam yang baik dan benar akan memberikan efek yang penting bagi tubuh, efek tersebut antara lain sebagai berikut :

- 1) Penurunan konsumsi oksigen
- 2) Penurunan ketegangan otot
- 3) Penurunan kecepatan metabolisme
- 4) Peningkatan kesadaran global
- 5) Kurang perhatian terhadap stimulus lingkungan
- 6) Tidak ada perubahan posisi yang volunter
- 7) Perasaan damai dan sejahtera
- 8) Periode kewaspadaan yang santai, terjaga dan dalam

d. Prosedur teknik relaksasi napas dalam

Berikut ini merupakan langkah-langkah dalam melakukan tindakan teknik relaksasi napas dalam :

- 1) Mengecek program terapi medik klien
- 2) Mengucapkan salam terapeutik pada klien
- 3) Melakukan evaluasi atau validasi

- 4) Melakukan kontrak (waktu, tempat dan topik) dengan klien
- 5) Menjelaskan langkah-langkah tindakan prosedur pada klien
- 6) Mempersiapkan alat : satu bantal
- 7) Memasang sampiran
- 8) Mencuci tangan
- 9) Mengatur posisi yang nyaman bagi klien dengan posisi setengah duduk ditempat tidur atau dikursi dengan posisi lying position (posisi berbaring) di tempat tidur atau dikursi dengan satu bantal
- 10) Memfleksikan (membengkokkan) lutut klien untuk merilekskan otot abdomen
- 11) Menempatkan satu atau dua tangan klien pada abdomen yaitu tepat dibawah tulang iga
- 12) Meminta klien untuk menarik napas dalam melalui hidung, menjaga mulut tetap tertutup kemudian hitung sampai 3 selama inspirasi.
- 13) Meminta klien untuk berkonsentrasi dan merasakan gerakan naiknya abdomen sejauh mungkin, tetap dalam kondisi rileks dan cegah lengkung pada punggung. Jika ada kesulitan menaikkan abdomen, tarik napas dengan cepat lalu napas keluar melalui hidung.
- 14) Memintai klien untuk menghembuskan udara melalui bibir, seperti meniup dan ekspirasikan secara perlahan dan kuat sehingga terbentuk suara hembusan tanpa mengembungkan pipi, teknik pursed lip breathing ini menyebabkan resistensi

pada pengeluaran udara paru, meningkatkannya tekanan bronkus (jalan napas utama) dan meminimalkan kolapsnya jalan napas yang sempit

- 15) Meminta klien untuk berkonsentrasi dan merasakan turunnya abdomen ketika ekspirasi. Hitunglah sampai 7 selama ekspirasi.
- 16) Menganjurkan klien untuk menggunakan latihan ini dan meningkatkannya secara bertahap 5-10 menit. Latihan ini dapat dilakukan dalam posisi terkap, berdiri dan berjalan
- 17) Merapikan lingkungan dan kembalikan pada posisi semula
- 18) Membereskan alat
- 19) Mencuci tangan
- 20) Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan dan memantau respon klien

4. Konsep Terapi Murottal

a. Definisi terapi murottal

Murottal adalah rekaman suara Al-Quran yang dilagukan oleh seseorang qori/pembaca Al-Quran (Siswanto, 2011). bacaan Al-Quran secara murottal mempunyai irama yang konstan, teratur dan tidak ada perubahan yang mendadak. Tempo murottal Al-Quran juga berada antara 60-70/memit, serta nadanya rendah sehingga mempunyai efek relaksasi dan dapat menurunkan stress dan kecemasan.

b. Manfaat terapi murottal Al-Quran

Al-Quran merupakan kitab suci agama islam, yang dijadikan

sebagai pedoman hidup umatnya. Al-Quran mempunyai beberapa istilah diantaranya adalah As-syifa. Istilah As-syifa ini menunjukkan bahwa Al-Quran sebagai obat dari berbagai penyakit baik penyakit fisik maupun nonfisik. Dalam Al-Quran terdapat hal-hal yang berkaitan dengan ilmu kedokteran dan pengobatan yang dapat menyembuhkan penyakit fisik. Dalam Al-Quran terdapat cara-cara menobati penyakit fisik dari luar dan didalam Al-Quran juga dapat menyembuhkan penyakit nonfisik yaitu penyakit hati ataupun jika kegundahan hati dan kesedihan.

Murottal mempunyai beberapa manfaat sebagai berikut :

- 1) Mendengarkan bacaan ayat-ayat Al-Quran dengan tartil akan mendapatkan ketenangan jiwa
- 2) Lantunan al-Quran secara fisik mengandung unsur suara manusia, sedangkan manusia merupakan instrumen penyembuhan yang menakjubkan dan alat yang paling mudah dijangka. Suara dapat menurunkan hormon-hormon stress, mengaktifkan hormon endorphin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang.
- 3) Dengan terapi murottal ini maka kualitas kesadaran seseorang terhadap Tuhan akan meningkat, baik orang tersebut tahu arti Al-Quran atau tidak. Kesadaran ini akan menyebabkan totalitas kepasrahan kepada Allah SWT, dalam keadaan ini otak pada gelombang alpha, merupakan gelombang otak pada frekuensi 7-

14 Hz. Ini merupakan keadaan energi otak yang optimal dan dapat menyingkirkan stress.

c. Mekanisme terapi murottal Al-Quran

Murottal bekerja pada otak dimana ketika didorong oleh rangsangan dari terapi murottal maka otak akan memproduksi zat kimia yang disebut dengan zat neuropeptide. Molekul ini akan menyangkut ke dalam reseptor-reseptor dan memberikan umpan balik berupa kenikmatan dan kenyamanan.

Fungsi pendengaran manusia yang merupakan penerimaan rangsangan auditori atau suara. Rangsangan auditori yang berupa suara diterima oleh telinga sehingga membatnya bergetar. Getaran ini akan diteruskan ke tulang-tulang pendengaran yang bertautan antara satu dengan yang lain.

Rangsangan fisik tadi diubah oleh adanya perbedaan ion kalium dan ion natrium menjadi aliran listrik yang melalui saraf nervus ke VIII (vestibule cochlearis) menuju ke otak tepatnya di area pendengaran. Setelah mengalami perubahan potensial aksi dihasilkan oleh saraf auditorius, perambatan potensial aksi ke korteks auditorius (yang bertanggung jawab untuk menganalisa suara yang kompleks, ingatan jangka pendek, perbandingan nada, menghambat respon motorik yang tidak diinginkan, pendengaran yang serius dan sebagainya) diterima oleh lobus temporal otak untuk mempresepsikan suara.

Talamus sebagai pemancar impuls akan meneruskan rangsang ke amigdala (tempat penyimpanan memori emosi) yang merupakan bagian penting dari system limbik (yang mempengaruhi emosi dan perilaku).

Dengan mendengarkan lantunan Al-Quran , seseorang muslim, baik mereka yang berbahasa arab maupun bukan, dapat merasakan perubahan fisiologis yang sangat besar. Secara umum mereka merasakan adanya penurunan depresi, kesedihanm dan ketenangan jiwa.

Murottal Al-Quran adalah rekaman Al-Quran yang dilagukan oleh seseorang qori. Murottal juga dapat diartikans ebagai lantunan ayat-ayat suci Al-Quran yang dilagukan oleg seseorang qori yang direkam dan diperdengarkan dengan tempo yang lambat serta harmonis.

Stimulant Murottal al-Qur'an dapat dijadikan alternatif terapi baru sebagai terapi relaksasi bahkan lebih baik dibandingkan dengan terapi audio lainnya karena stimulant al-Qur'an dapat memunculkan gelombang delta sebesar 63,11%. Terapi audio ini juga merupakan terapi yang murah dan tidak menimbulkan efek samping. (Abdurachman, 2008).

Intensitass suara yang rendah merupakan intensitas suara kurang dari 60 desibel sehingga menimbulkan kenyamanan dan tidak nyeri. Murottal merupakan intensitas 50 desibel yang membawa pengaruh positif bagi pendengarnya. Penelitian yang dilakukan oleh

Ashayeri, Jahdi & Hosseini (2012) manfaatnya lebih efektif yaitu terapi murottal diberikan dengan durasi 15-25 menit.

B. Konsep keperawatan

1. Pengkajian c

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dsri berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Menurut Amalia Nurin (2014 dalam jihan 2021) pengkajian keperawatan terdiri dari :

a. Anamnesa

1) Identitas klien

Meliputi : nama, jenis kelamin, usia, alamat, agama, bahasa yang digunakan, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, nomor registrasi, tanggal dan jam masuk rumah sakit (MRS), dan diagnosisi medis

2) Keluhan utama

Pada umumnya keluhan utama pada benign prostatic hyperplasia adalah rasa nyeri. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap mengenai rasa nyeri pada klien, perawat dapat menggunakan metoe PGRST.

a) Provokating incident : hal yang menjadi faktor presipitasi nyeri ada pada bagian perut.

b) Quality of paint : seperti apa rasa nyeri yang dirasakan oleh klien, apakah seperti tertusuk, terbakar

- c) Region, radiation, relief : apakah rasa nyeri bisa reda, apakah rasa nyeri menjalar/menyebar dan dimana rasa nyeri terjadi
- d) Servity (scale) of pain : seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri/klien menerangkan seberapa jauh rasa nyeri yang mempengaruhi kemampuan fungsinya.
- e) Time : berapa lama nyeri yang dirasakan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau pada siang hari.

3) Riwayat penyakit sekarang

Penyebab penyakit benign prostatic hyperplasia (BPH) yang terjadi masih belum diketahui penyebab pastinya, akan tetapi kondisi ini diduga terkait dengan perubahan pada keseimbangan kadar hormon seksual seiring dengan bertambahnya usia pada pria.

4) Riwayat penyakit keluarga

Apakah dari keluarga klien ada yang memiliki riwayat benign prostatic hyperplasia (BPH)

5) Riwayat psikososial spiritual

Kaji respons emosi klien terkait dengan penyakit yang dideritanya saat ini, peran klien dalam keluarga dan masyarakat, serta respons atau pengaruh dalam kehidupan sehari-hari baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat.

6) Pola nutrisi dan metabolisme

Bagaimana kebiasaan makan pada klien, minum sehari-hari, jenis makanan apa saja yang sering dikonsumsi oleh klien, makanan yang paling disukai dan bagaimana frekuensi makannya.

7) Pola eliminasi

Kaji pola eliminasi tentang pola berkemih, termasuk frekuensinya, ragu-ragus, menetes, jumlah klien harus bangun untuk berkemih (nokturia), kekuatan system perkemihan. Tanyakan pada pasien apakah mengedan untuk mulai atau mempertahankan aliran kemih. Tanya kepada klien mengenai defikasi, apakah terdapat kesulitan atau konstipasi akibat dari protrusi prostat kedalam rectum.

8) Pola personal hygiene

Kaji pola hidup bersih, mengenai mandi, menggunakan sabun atau tidak dan menyikat gigi.

9) Pola istirahat dan tidur

Kaji kebiasaan istirahat tidur berapa jam, kebiasaan sebelum tidur apa saja yang dilakukan.

10) Pola aktivitas dan latihan

Kaji kegiatan sehari-hari klien, olahraga yang sering dilakukan, aktivitas diluar kegiatan olahraga.

11) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Kaji kebiasaan merokok klien, mengkonsumsi minuman keras/beralkohol, ketergantungan dengan obat-obatan (narkoba)

12) Pola nilai kepercayaan

Kepercayaan kepada tuhan yang maha esa, keyakinan terhadap agama yang dianut, mengerjakan perintah agama yang dianut dan patuh kepada tuhan yang maha esa

13) Pola reproduksi dan seksual

Hubungan dengan keluarga harmonis, bahagia, hubungan dengan keluarga besarnya dan lingkungan sekitar.

b. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Keadaan baik dan buruknya klien, tanda-tanda yang perlu dicatat adalah kesadaran klien, tanda-tanda vital

2) Pemeriksaan head to toe

- a) Kepala dan leher : dengan teknik inspeksi dan palpasi
- b) Rambut dan kulit kepala : perdaraha, pengelupasan, penekanan
- c) Telinga : perlukaan, darah, cairan
- d) Mata : perlukaan pembengkakan, replek pupil, kondisi kelopak mata, adanya benda asing, sklera putih
- e) Hidung : perlukaan darah, cairan, nafas cuping, kelainan anatomi

- f) Mulut : benda asing, gigi, sianosis, kering
 - g) Bibir : perlukaan, sianosis, kering
 - h) Rahang : perlukaan, stabilitas
 - i) Leher : bendungan vena, deviasi trakea, pembesaran kelenjar tiroid
- c. Pemeriksaan dada
- 1) Inspeksi : bentuk simetris kanan kiri, inspirasi dan ekspirasi, pernapasan, irama, gerakan cuping hidung, terdengar suara napas tambahan bantu dada
 - 2) Palpasi : pergerakan simetris kanan kiri, taktil premitus sama antara kanan dan kiri dinding dada
 - 3) Perkusi : adanya suara-suara sonor pada kedua paru, suara redup pada batas paru dan hepar
 - 4) Auskultasi : terdemgar adanya suara vesikuler di kedua lapisan paru, suara ronchi dan wheezing.
- d. Kardiovaskuler
- 1) Inspeksi : bentuk dada simetris
 - 2) Palpasi : frekuensi nadi
 - 3) Perkusi : suara pekak
 - 4) Auskultasi : irama regular, systole/murmur
- e. System pencernaan/ abdomen
- 1) Inspeksi : pada inspeksi peru diperhatikan, apakah abdomen membuncit atau datar, tapi perut menonjol atau tidak, lembilikus menonjol atau tidak, apakah terdapat benjolan-benjolan/massa.

- 2) Palpasi : apakah terdapat nyeri tekan abdomen, adakah massa (tumor, teses), turgor kulit perut untuk mengetahui derajat hidrasi pasien, apakah tumpul teraba, apakah lien teraba
 - 3) Perkusi : abdomen normal tympanik, adanya massa padat atau cair akan menimbulkan suara pekak (hepar, asites, vesika urinaria, tumor)
 - 4) Auskultasi : secara peristaltic usus dimana nilai normalnya 5-35 kali/menit.
- f. Pemeriksaan extremitas atas dan bawah
- 1) Warna dan suhu kulit
 - 2) Perabaan nadi sital
 - 3) Gerakan extremitas secara aktif dan pasif
 - 4) Gerakan extremitas yang tak ajar adanya krapitasi
 - 5) Derajat nyeri bagian yang cidera
 - 6) Edema tidak ada, jari-jari lengkap dan utuh
 - 7) Reflek patella

2. Diagnosa keperawatan

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

- a. Nyeri akut (D.0077)
- b. Retensi urin (D.0050)
- c. Gangguan Eliminasi urin (D.0040)
- d. Ansietas (D.0080)
- e. Gangguan pola tidur (D.0055)
- f. Defisit pengetahuan (D.0111)

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah tindakan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan dengan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai outcome yang diharapkan (PPNI, 2019).

Tabel 2.1 intervensi keperawatan

No.	SDKI	SIKI	SLKI
	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Mis.Neoplasma) (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... diharapkan nyeri menurun dengan Kriteria hasil (D.L.08066) : 1) Kemampuan pasien untuk menuntaskan aktivitas menurun 2) Keluhan nyeri menurun 3) Pasien tampak meringis menurun 4) Frekuensi nadi membaik 5) Pola nafas membaik 6) Tekanan darah membaik 7) Fungsi berkemih membaik 8) Perilaku membaik 9) Pola tidur membaik	Manajemen Nyeri (D.I.08238) Observasi 1.1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2. Identifikasi skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal 1.3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 1.5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 1.6. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan 1.7. Monitor efek samping penggunaan analgesic Terapeutik 1.8. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing kompres hangat/dingin,

			<p>terapi bermain)</p> <p>1.9. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>1.10. Fasilitasi istirahat</p> <p>1.11. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>1.12. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>1.13. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>1.14. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>1.15. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>1.16. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.17. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
	<p>Retensi urin berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra (D.0050)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... kemampuan berkemih membaik Dengan kriteria hasil (L.03019) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sensasi berkemih meningkat 2) Desakan kandung kemih menurun 3) Distensi kandung kemih menurun 4) Berkemih tidak tuntas menurun 5) Nocturia menurun 6) Dysuria menurun 7) Frekuensi BAK membaik 8) Karakteristik urine membaik 	<p>Manajemen eliminasi urine (1.04152)</p> <p>Observasi</p> <p>2.1. Identifikasi penyebab retensi urine (mis. Peningkatan tekanan uretra, kerusakan arkus refleksi, disfungsi neurologis, efek agen farmakologis)</p> <p>2.2. Monitor intake dan output cairan</p> <p>2.3. Monitor distensi kandung kemih dengan palpasi/perkusi</p> <p>2.4. Pasang kateter urine, jika perlu</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.5. Catat waktu-waktu dan haluan berkemih</p> <p>2.6. Batasi asupan cairan</p> <p>2.7. Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur</p> <p>Edukasi</p> <p>2.8. Jelaskan penyebab retensi urine</p> <p>2.9. Anjurkan pasien atau keluarga mencatat output urine</p> <p>2.10. Ajarkan cara melakukan rangsangan berkemih</p> <p>2.11. Anjurkan mengambil</p>

			<p>posisi yang nyaman</p> <p>2.12. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.13. Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu</p>
	<p>Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih (D.0040)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... diharapkan pola eliminasi kembali normal dengan kriteria hasil (L.03019) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sensasi berkemih meningkat 2) Desakan kandung kemih menurun 3) Distensi kandung kemih menurun 4) Berkemih tidak tuntas menurun 5) Nocturia menurun 6) Dysuria menurun 	<p>Manajemen eliminasi urin & kateringisasi urine (L.04148)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontenensia urine 3.2. Identifikasi factor yang menyebabkan retensi atau inkontenensia urine 3.3. Monitor urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.4. Catat waktu-waktu dan haluan berkemih 3.5. Batasi asupan cairan, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.6. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih 3.7. Ajarkan minum yang cukup jika tidak ada kontraindikasi 3.8. Jelaskan tujuan dan prosedur pemasangan kateter urine 3.9. Anjurkan menarik nafas saat insersi selang urine <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.10. Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu
	<p>Anxietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... diharapkan pasien tidak cemas dengan kriteria hasil (L.09093) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Perilaku gelisah menurun 2) Perilaku tegang menurun 3) Frekuensi pernafasan menurun 4) Frekuensi nadi membaik menurun 5) Konsentrasi pola tidur membaik 6) Pola berkemih membaik 	<p>Reduksi ansietas (L.09314)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stresor) 4.2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 4.3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan

			<p>4.5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</p> <p>4.6. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>4.7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>Edukasi</p> <p>4.8. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</p> <p>4.9. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>4.10. Latih Teknik relaksasi</p> <p>4.11. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</p> <p>4.12. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p> <p>4.13. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.14. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</p>
	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri / kolik (D.0055)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan selama ...x... keperawatan pasien diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil (L.05045) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluhan sulit tidur membaik 2) Keluhan sering terjaga 3) Keluhan tidak puas tidur 4) Keluhan pola tidur berubah menurun 5) Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<p>Dukungan tidur (I.05174)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Identifikasi pola aktivitas dan tidur 5.2 Identifikasi factor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 5.3 Identifikasi makanan atau miuman yang mengganggu tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.4 Modifikasi lingkungan 5.5 Fasilitasi penghilang stress jika perlu 5.6 Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 5.7 Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.8 Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 5.9 Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya

	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil (L.12111) : 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat 2) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 3) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 4) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat 5) Perilaku membaik	Edukasi kesehatan (L.12383) Observasi 6.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 6.2 Identifikasi bahaya keamanan di lingkungan (mis. Fisik, biologi, dan kimia) Terapeutik 6.3 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 6.4 Jadwalkan pendidikan kesehatan 6.5 Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 6.6 Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 6.7 Ajarkan perilaku hidup sehat 6.8 Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
--	---	---	---

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah kegiatan yang dikerjakan oleh perawat untuk membantu klien dalam masalah status kesehatan yang telah dihadapi. Status kesehatan yang baik menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien dan keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Yustiana, 2016 dalam Jihan 2019).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi

keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik (Yustian, 2016 dalam Jihan, 2019).