

**KARYA TULIS ILMIAH  
ASUHAN KEPERAWATAN  
PADA PASIEN BPH POST TURP DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN  
NYERI AKUT DIRUANG JANGER RSD MANGUSADA BADUNG**



**Diajukan oleh:**

**DIAH TRISKA INDRIANI**

**16E11549**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BALI  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
DENPASAR  
2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN BPH**  
**POST TURP DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN NYERI AKUT**  
**DI RUANG JANGER RSD MANGUSADA BADUNG**

**Diajukan sebagai salah satu persyaratan mendapat gelar Ahli Madya  
Keperawatan (A,Md.,Kep) STIKES BALI**



**Diajukan oleh :**

**DIAH TRISKA INDRIANI**

**16E11549**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BALI**

**DENPASAR**

**2019**

**KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN BPH  
POST TURP DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN NYERI AKUT DI  
RUANG JANGER RSD MANGUSADA BADUNG**

Disusun Oleh:

Diah Triska Indriani

Program Studi D III Keperawatan STIKES BALI

[Diahriska211@gmail.com](mailto:Diahriska211@gmail.com)

**ABSTRAK**

**Latar belakang:** *Benigna Prostate Hyperplasia* (BPH) merupakan suatu penyakit dimana terjadi pembesaran prostat akibat hiperplasia jinak dari sel-sel yang biasa terjadi pada laki-laki berusia lanjut. Kelainan ini ditentukan pada usia 40 tahun dan frekuensinya makin bertambah sesuai dengan penambahan usia, sehingga pada usia di atas 80 tahun keatas kira-kira 80% dari laki-laki yang menderita kelainan ini. Menurut beberapa referensi di indonesia, sekitar 90% laki-laki yang berusia 40 tahun keatas mengalami gangguan berupa pembesaran prostat

**Tujuan :** Untuk membandingkan asuhan keperawatan pada pasien BPH post TURP dengan diagnosa keperawatan nyeri akut yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

**Metode :** Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode studi kasus. Metode pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini adalah wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik.

**Hasil :** Asuhan Keperawatan pada Tn : I fan Tn : K yang mengalami BPH post TURP didapat diagnosa yang muncul sama pada pasien Tn. I dan Tn : K yaitu : Nyeri Akut,

Resiko perdarahan, Intoleransi Aktivitas. Pemberian asuhan keperawatan 3 x 24 jam dengan hasil perkembangan pasien membaik

**Kesimpulan** : Masalah keperawatan pada pasien Tn : I dan Tn : K dengan Benigna Prostat Hyperplasia dapat dilakukan sesuai intervensi

**Kata Kunci** : Asuhan Keperawatan pada pasien BPH post TURP dengan diagnosa keperawatan Nyeri Akut

## DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL DEPAN.....	i
SAMPUL DALAM.....	ii
SURAT PERYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iii
MOTTO.....	iv
PERNYATAAN PEMBIMBING.....	v
LEMBAR PENGESAHAN.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
ABSTRAK.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR BAGAN.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Studi Kasus.....	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	4
D. Manfaat Studi Kasus.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Tinjauan Pustaka .....	7
1. Anatomi dan Fisiologi.....	7
2. Konsep Dasar BPH.....	9

a. Definisi.....	9
b. Patofisiologi.....	10
c. Pemeriksaan Diagnosik.....	16
d. Penatalaksanaan.....	17
3. Asuhan Keperawatan BPH.....	22
a. Pengkajian Keperawatan.....	22
b. Diagnosa Keperawatan.....	28
c. Perencanaan Keperawatan.....	30
d. Pelaksanaan Keperawatan.....	45
e. Evaluasi Keperawatan.....	45
4. WOC (Web Of Caution) BPH.....	50

### BAB III PENELITIAN.....53

A. Desain Studi Kasus.....	53
B. Subyek studi Kasus.....	53
C. Fokus Studi .....	53
D. Definisi Operasional Fokus Studi.....	53
E. Instrumen Studi Kasus.....	54
F. Metode Pengumpulam Data.....	54
G. Likasi dan Waktu Studi Kasus.....	54
H. Analisa Data dan Penyajian Data.....	54
I. Etika Studi Kasus.....	56

### BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....

A. HASIL.....	57
1. Gambaran Lokasi Penelitian.....	57
2. Karakteristis Partisipan.....	58
3. Data Asuhan Keperawatan.....	58
a. Pengkajian .....	58
b. Analisa Data.....	71
c. Diagnosa Keperawatan.....	74
d. Rencana Keperawatan.....	77
e. Pelaksanaan Keperawatan.....	79
f. Evaluasi Keperawatan.....	85
B. PEMBAHASAN .....	87
1. Pengkajian.....	87
2. Diagnosa Keperawatan .....	91
3. Perencanaan.....	92
4. Pelaksananan.....	93
5. Evaluasi.....	94

### BAB V PENUTUP .....96

A. KESIMPULAN .....	96
B. SARAN.....	97

DAFTAR PUSTAKA

## DAFTAR BAGAN

Bagian

Halaman

Bagan 1. WOC (*Web Of Caution*) BPH.....



## **DAFTAR LAMPIRAN**

- A. Lampiran 1. Penjelasan Mengikuti Penelitian (PSP)
- B. Lampiran 2. Inform Consent (Persetujuan Meenjadi Partisipan)
- C. Lampiran 3. Bukti proses Bimbingan

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

*Benigna Prostate Hyperplasia* (BPH) merupakan suatu penyakit dimana terjadi pembesaran dari kelenjar prostat akibat hiperplasia jinak dari sel-sel yang biasa terjadi pada laki-laki usia lanjut. Kelainan ini ditentukan pada usia 40 tahun dari frekuensinya makin bertambah sesuai dengan penambahan usia, sehingga pada usia diatas 80 tahun kira-kira 80% dari laki-laki yang menderita kelainan ini. Menurut beberapa referensi di Indonesia, sekitar 90% laki-laki yang berusia 40 tahun keatas mengalami gangguan berupa pembesaran kelenjar prostat. (Samidin & Romadhon, 2015 dalam Ariana, 2017).

Prevalensi kanker prostat di Indonesia tahun 2013 adalah sebesar 0,2% atau diperkirakan sebanyak 25.012 penderita. Provinsi yang memiliki prevalensi kanker prostat tertinggi adalah Yogyakarta, Bali, Sulawesi Utara, dan Sulawesi Selatan yaitu sebesar 0,5%. Estimasi jumlah absolut penderita kanker prostat di Sulawesi Utara adalah 602 penderita.

Di Indonesia, berdasarkan data Globocan tahun 2012 menunjukkan insidens kanker kanker prostat menempati urutan ke-3 kanker pada pria setelah kanker paru dan kanker kolorektum, sedangkan angka kematian menempati urutan ke-4. Untuk kanker pada kedua jenis

kelamin, kanker prostat berada pada urutan ke-5. (solong dkk, 2016) dalam Aprina, 2017 ).

Menurut rekam medik RSD Mangusada Badung diperoleh data 2 bulan terakhir (januari, februari 2019), dapat di ketahui bahwa pasien bedah yang mengalami BPH sebanyak 12 orang.

Bedah di indikasikan pada kasus obstruksi yang cukup besar (terutama jika ada komplikasi retensi urine akut), LUTS berat, ISK berulang, hematuria, batu kandung kemih, atau distress saluran kemih atas. Bagian kelenjar yang menyebabkan obstruksi diangkat dalam prosedur yang disebut prostatektomi kurang tepat karena prosedur sebenarnya adalah pengangkatan pertumbuhan jaringan baru. Figur 38-2 mengilstrasikan berbagai pendekatan bedah. Medode yang digunakan bergantung pada ukuran prostat, kesehatan klien, dan preferensi docter bedah. Alat bantu robotik dapat digunakan untuk prosedur prostatektomi laparoskopik pada pusat medis utama. Pertumbuhan kembali pda jaringan prostat setelah prostatektomi pada BPH terjadi setelah priode 1 hingga 15 tahun, dan kadang membutuhkan pengulangan prosedur. Selain itu, kanker prostat tetap dapat timbul karena saluran prostat tidak di angkat. Klien ini membutuhkan pengontrolan yang sama seperti klien lain yang tidak menjalani bedah prostat ( *Joyce M dan Jane H, 2014* )

TRUP tetap menjadi teknik yang dipergunakan secara luas untuk menangani BPH, dan tetap menjadi “standar emas” yang menjadi tolak

ukur bagi prosedur lainnya. Resektoskop dimasukan melalui uretra. Docter bedah melihat bagian dalam kandung kemih dengan memasukan sistoskop (lensa teleskop) melalui resektoskop. Lengkungan yang dapat digerakan dimasukan melalui resektoskop yang memotong jaringan dan membekukan (koagulasi) pembuluh yang berdarah menggunakan arus listrik frekuensi tinggi. Cairan irigasi diinfuskan kedalam kandung kemih melalui sistoskop memungkinkan visualisasi untuk tindakan reseksi. Irigas dan drainase berulang cairan ini memastikan bahwa jaringan dan debris yang direseksikan dikeluarkan dari kandung kemih. Cairain irigasi steril digunakan untuk bedah transuretral yang memungkinkan hantaran listrik yang dibutuhkan untuk reseksi dan koagulasi. Manifestasi klinis sindrom TUR meliputi agitasi, delirium akut, bradikardi, takipnea, dan muntah walaupun tidak umum, hal ini dapat terjadi walaupun digunakan larutan isotonik, terutama jika reseksi memerlukan waktu pembedahan lebih dari 60-90 menit, yang memungkinkan meningkatnya absorpsi irigasi kedalam sistem veskuler. Jika terjadi manifestasi sindrom TURP, docter segera dibritakukan dan cairan serta langkah-langkah suportif lainnya langsung dimulai. Perdarahan umum terjadi setelah prosedur ini, dan irigasi konstan atau intermiten sangat diperlukan. ( *Joyce M dan Jane H, 2014* )

Perawatan praoperasi adalah nilailah kemampuan klien untuk mengosongkan kandung kemih. Kandung kemih harus diperkusi terhadap adanya distensi. Jika klien tidak dapat berkemih kateter uretra mungkin dapat dipasang. Klien yang menggunakan obat atau suplemen dengan

efek antikoagulan harus menghentikannya sebelum pembedahan. Perawat harus meninjau dengan hati-hati semua obat yang diresepkan medikasi bebas, dan agens herbal terhadap sifat antikoagulan. *Informasi consent* mengharafkan klien memahami resiko (mis, kemungkinan disfungsi seksual, termasuk ED ejakasi retrograd dan infertilitas) dan manfaat jangka pendek dan jangka panjang (mis, hilangnya manifestasi urine dan promosi fungsi ginjal yang optimal). Klien harus mendapatkan jawaban yang jujur terhadap pertanyaan mengenai seksualitas dan reproduksi. Sedangkan perawatan pascaoperasi adalah segera setelah pembedahan, tugas utama adalah mengobservasi tanda - tanda vital dan mempertahankan drainase urine. Kateter menetap digunakan untuk manifestasi drainase urine setelah banyak jenis prosedur prostat. Dokumentasikan warna urine, termasuk keberadaan kebekuan darah, setiap kali mencatat keluaran urine. ( Joyce M dan Jane H, 2014 )

Berdasarkan uraian diatas penulisan tertarik untuk mengangkat studi dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien BPH Post TURP Dengan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Bedah (Janger) RSD Mangusada Badung”. Dengan harapan dapat bermanfaat dalam memberikan asuhan keperawatan secara umum dan khususnya pada pasien BPH.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang, maka penulisan perumusan masalah. “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan BPH di ruang Bedah (Janger) RSD Mangusada Badung”.

## **C. Tujuan studi Kasus**

1. Tujuan Umum  
Membandingkan “Asuhan Keperawatan Pada 2 Pasien BPH Post TURP Dengan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Bedah (Janger) RSD Mangusada Badung.”
2. Tujuan Khusus  
Tujuan khusus dalam penulisan studi kasus ini dapat diuraikan sebagai berikut:
  - a. Membandingkan pengkajian “Asuhan Keperawatan Pada Pasien BPH Post TURP Dengan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Janger RSD Mangusada Badung”.
  - b. Membandingkan diagnosa “Asuhan Keperawatan Pada Pasien BPH Post TRUP Dengan Diagnosa Nyeri Akut di Ruang Janger RSD Mangusada Badung
  - c. Membandingkan perencanaan “Asuhan Keperawatan Pada Pasien BPH Post TURP Dengan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Janger RSD Mangusada Badung
  - d. Membandingkan tindakan keperawatan “Asuhan Keperawatan Pada Pasien BPH Post TURP Dengan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Janger RSD Mangusada Badung
  - e. Membandingkan evaluasi “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan BPH Post TURP Dengan Diagnosa Nyeri Akut di Ruang Janger RSD Mangusada Badung

#### **D. Manfaat Studi Kasus**

##### 1. Manfaat Teroritas

Hasil penulisan ini sebagai acuan untuk studi kasus lebih lanjut dalam ilmu keperawatan dengan asuhan keperawatan pada pasien BPH post TURP dengan diagnosa nyeri akut di ruang janger RSD mangusada Badung.

##### 2. Manfaat Praktis

###### a. Perawat

Menambah pengetahuan dan pengalaman secara langsung dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien BPH post TURP dengan diagnosa nyeri akut di ruang janger RSD Mangusada Badung.

###### b. Keluarga dan Klien

Pasien dapat memahami tentang BPH Post TURP dan keluarga dapat mengetahui cara perawatan pasien

###### c. Institusi

Dapat memberikan masukan - masukan bagi institusi mengenai Asuhan Keperawatan Pada Pasien BPH Post TURP Dengan Diagnosa Nyeri Akut di Ruang Janger RSD Mangusada Badung. dan dapat digunakan sebagai informasi.

###### d. Rumah Sakit

Hasil penulisan ini diharapkan dapat dijadikan sebagai evaluasi terkait pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pihak rumah sakit.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **Tinjauan Teoritis**

1. Konsep Dasar Benigna Prostat Hiperplasia
  - a. Definisi

Prostat adalah genital yang paling umum di pengaruhi oleh neoplasma jinak dan ganas. Pembesaran jinak kelenjar prostat adalah proses yang sangat umum terjadi pada hampir semua jenis laki-laki dengan testis yang berfungsi istilah pembesaran prostat jinak didefinisikan sebagai pertumbuhan prostat yang cukup untuk



mengobstruksi (menghambat) jalan keluar uretra, yang menyebabkan gejala saluran kemih bahwa LUTS yang mengganggu infeksi saluran kemih (ISK), hematuria atau gangguan fungsi saluran kemih atas. Bukti histologis pembesaran prostat dimulai sekitar dekade ketiga kehidupan dan meningkat secara profesional dengan penuaan. Secara spesifik, sekitar 43% laki-laki berusia 40-an akan tampak jelas akan mengalami BPH, juga 50% laki-laki pada usia 50-an, 75%-88% pada usia 80-an, dan hampir 100% laki-laki yang mencapai dekade kesembilan kehidupannya. Prevalensi BPH pada tingkat yang cukup untuk menyebabkan LUTS yang mengganggu mulai dari derajat sedang hingga berat adalah lebih rendah, namun bervariasi dari sekitar 17% laki-laki pada usia 50-an, 27% laki-laki usia 60-an, dan 35% pada usia 70-an (*Joyce M dan Jane H, 2014*)

#### Anatomi dan Fisiologi Kelenjar Prostat

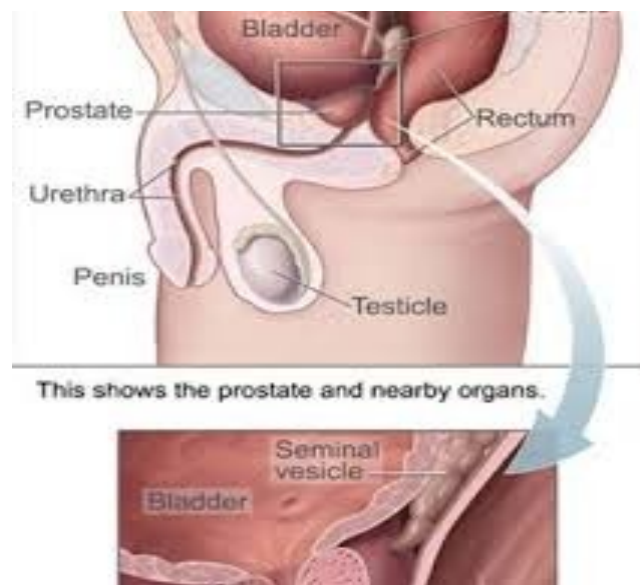
Kelenjar prostat terletak tepat dibawah leher kandung kemih

(Gambar 2.1). Kelenjar ini mengelilingi uretra dan dipotong melintang oleh duktus ejakulatoris, yang merupakan kelanjutan dari vas deferens. Kelenjar ini berbentuk seperti buah kenari.

Normal beratnya  $\pm$  20 gram, di dalamnya berjalan uretra posterior  $\pm$  2,5 cm. Pada bagian anterior difiksasi oleh ligamentum pubroprostatikum dan sebelah inferior oleh diafragma urogenital.

Pada prostat bagian posterior bermuara duktus ejakulatoris yang

berjalan miring dan berakhir pada verumontanum pada dasar uretra prostatika tepat proksimal dan sfingter uretra eksterna. Secara embriologi, prostat berasal dari lima evaginasi epitel urethra posterior. Suplai darah prostat diperdarahi oleh arteri vesikalis inferior dan masuk pada sisi postero lateralis leher vesika. Drainase vena (*Putri & Wijaya, 2013, hal 96*).



Gambar 2.1 : Kelenjar Prostat (*Putri & Wijaya, 2013*).

Prostat bersifat difus dan bermuara ke dalam pleksus santorini. Persarafan prostat terutama berasal dari simpatis pleksus hipogastrikus dan serabut yang berasal dari nervus sakralis ketiga dan keempat melalui pleksus sakralis. Drainase limfe prostat ke nodi limfatis obturatoria, iliaka eksterna dan presakralis, serta sangat penting dalam mengevaluasi luas penyebaran penyakit dari prostat (*Putri & Wijaya, 2013, hal 96*).

Fungsi prostat adalah menambah cairan alkalis pada cairan seminalis yang berguna untuk melindungi spermatozoa terhadap

sifat asam yang terdapat pada uretra dan vagina. Dibawah kelenjar ini terdapat kelenjar Bulbo Uretralis yang memiliki panjang 2 – 5 cm. fungsi hampir sama dengan kelenjar prostat. Kelenjar ini menghasilkan sekresi yang penyalurannya dari testis secara kimiawi dan fisiologis sesuai kebutuhan spermatozoa. Sewaktu perangsangan seksual, prostat mengeluarkan cairan encer seperti susu yang mengandung berbagai enzim dan ion ke dalam duktus ejakulatoris. Cairan ini menambah volume cairan vesikula seminalis dan sperma. Cairan prostat bersifat basa (alkalis). Sewaktu mengendap di cairan vagina wanita, bersama dengan ejakulat yang lain, cairan ini dibutuhkan karena motilitas sperma akan berkurang dalam lingkungan dengan pH rendah ( *Wijaya & Putri, 2013, hal 96*).

b. Patofisiologi

Prostat sebagai kelenjar ejakulat memiliki hubungan fisiologis yang sangat erat dengan *dihidrotestosteron (DHT)*. Hormon ini merupakan hormon yang memacu pertumbuhan prostat sebagai kelenjar ejakulasi yang nantinya akan mengoptimalkan fungsinya. Hormon ini disintesis dalam kelenjar prostat dari hormon testoteron dalam darah. Proses sintesis dibantu oleh inzim reduktase tipe 2. Selain DHT yang sebagai prekursor, estrogen juga memiliki pengaruh terhadap pembesaran kelenjar prostat. Seiring dengan peambahan usia, maka prostat akan lebih sensitif dengan stimulasi androgen, sedangkan estrogen mampu memberikan proteksi terhadap BPH. Dengan

pemampasan yang sudah memiliki normal, maka akan terjadi desakan pada traktus urinarius. Pada tahap awal, obstruksi traktus urinarius jarang menimbulkan keluhan, karena dengan dorongan mengejan dan kontraksi yang kuat. Detrusor mampu mengeluarkan urine secara spontan. (*Asuhan Keperawatan Sisten Perkemihan, 2014 hlm:132*)

#### 1) Etiologi

Secara pasti penyebab prostat hiplasia belum diketahui.

Beberapa hipotesis yang diduga sebagai penyebab timbulnya hyperplasia prostat adalah ; (Andra dan yessie, 2013)

##### a) Teori DHT

Pembesaran prostat diaktifkan oleh testosteron dikonversi menjadi dihydrotestosteron oleh inzim 5-alpha reduktse yang dihasilkan oleh prostat. DHT jauh lebih baik aktif dibandingkan dengan testosteron dalam menstimulus pertumbuhan proliferasi prostat.

##### b) Faktor Usia

Peningkatan usia akan membuat ketidakseimbangan rasio antara estrogen dan testosteron. Dengan meningkatnya kadar estrogen diduga berkaitan dengan terjadinya hyperplasia stroma, sehingga timbul dugaan bahwa testosteron diperlukan untuk inisiasi terjadinya proliferasi sel tetapi kemudian estrogen lah yang berperan untuk perkembangan stroma.

c) Faktor growth

Cunha membuktikan bahwa diferensi dan pertumbuhan sel epitel prostat secara tidak langsung di kontrol oleh sel-sel stroma melalui suatu mediator (growth factor) tertentu. Setelah sel-sel stroma mendapatkan stimulasi dari DHT and estradiol, sel-sel stroma mensintesis suatu growth factor yang selanjutnya mempengaruhi sel-sel itu sendiri secara intrakrin dan autokrin, serta mempengaruhi sel-sel epitel secara parakrin. Stimulus itu menyebabkan terjadinya proliferasi sel-sel epitel maupun sel stroma.

d) Meningkatnya masa hidup sel-sel prostat

Program kematian sel pada sel prostat adalah mekanisme fisiologik untuk mempertahankan homeostasis kelenjar prostat. Pada apoptosis terjadi kondensasi dan fragmentasi sel yang selanjutnya sel-sel yang mengalami apoptosis akan difagositosis oleh sel-sel disekitarnya kemudian didegradasi oleh enzim lisosom.

2) Proses terjadi

Upanya gangguan ini terjadi setelah usia pertengahan akibat perubahan hormonal. Bagian paling dalam prostat membesar dengan terbentuknya adenoma

yang tersebar. P pembesaran adenoma progresif menekan atau mendesak jaringan prostat yang normal ke kapsula sejati yang menghasilkan kapsula bedah ini menahan perluasannya dan adenoma cenderung tumbuh kedalam menuju lumennya, yang membatasi pengeluaran urine. Akhirnya diperlukan peningkatan penekanan untuk mengosongkan kandung kemih. Pada beberapa kasus jika obstruksi keluar terlalu hebat, terjadi dekonpensasi kandung menjadi struktur yang flasid (lemah), berdilatasi dan sungguh berkontraksi secara efektif. Karena terdapat sisi urine, maka terdapat peningkatan infeksi dan batu kandung kemih. Peningkatan tekanan balik dapat menyebabkan hidronefrosis. Retensi progresif bagi air, natrium, dan urea dapat menimbulkan edema hebat. Edema ini berespon cepat dengan drainage kateter (Wijaya & Putri, 2019)

Pembesaran prostat terjadi secara perlahan-lahan pada traktus urinarius, terjadi perlahan-lahan. Pada tahap awal terjadi pembesaran prostat sehingga terjadi perubahan fisiologi yang mengakibatkan resistensi uretra daerah prostat, leher vesika kemudian detrusor mengatasi dengan kontraksi lebih kuat. Sebagai akibat serat detrusor akan menjadi lebih tebal dan penonjolan serat detrusor kedalam mukosa buli-buli akan terlihat sebagai balok-balok yang tampak ( trabekulasi). Jika terlihat dari dalam vesika dengan

sitoskopi, mukosa vesika dapat menerobos keluar diantara serat destrusor sehingga terbentuk tonjolan mukosa yang apabila kecil dinamakan sakula dan apabila besar disebut diverkel. Fase penebelan detrusor adalah fase kompensasi yang apabila berlanjut detrusor akan menjadi lelah dan akhirnya akan mengalami dekompensasi dan tidak mampu lagi untuk kontraksi, sehingga terjadi retensi urine total yang berlanjut pada hidronefrosis dan disfungsi saluran kemih atas ( Wijaya & Putri 2013)

### 3) Manifestasi Klinis

LUTS yang mengganggu mendorong laki-laki dengan BPH dan obstruksi uretra untuk mencari bantuan. Manifestasi ini umumnya timbul perlahan dan dapat berlangsung selama berbulan-bulan atau bertahun-tahun sebelum klien mendefinisikannya sebagai cukup mengganggu untuk mencari bantuan. Luts yang mengganggu yang berkaitan dengan penyimpanan kandung kemih meliputi nokturia (bangun dan tidur karena ingin buang air kecil). Laki-laki berusia kurang dari 65 tahun yang mengalami noktoria, normalnya pada laki-laki dengan BPH juga cenderung mengeluh frekuensi berkemih pada siang hari, di definisikan sebagai buang air kecil lebih sering dari pada setiap 2 jam saat bangun, dan urgennsy (keinginan berkemih yang tiba-tiba dan kuat yang sulit di

tahan). Luts yang berhubungan dengan buang air kecil meliputi keragu-raguan, penurunan kekuatan aliran urine, aliran urin intermiten, dan rasa tidak lampias. Keparahan obstruksi dan LUTS yang disebabkan BPH tidak berhubungan dengan ukuran pembesaran. Kurangnya kolerasi ini terjadi karena pengkajian fisik terhadap ukuran prostat di dasarkan pada palpasi bagian eksterior kelenjar, sementara keparahan obstruksi dan BPH merefleksikan kombinasi faktor aktif dan pasif. Retensi urine akut adalah ketidakmampuan total untuk buang air kecil. Klien dapat mengeluh sama sekali tidak ada keluaran urine atau urine menetes yang disebut dengan inkontinensia urine. Ketidaknyamanan suprapubik dan kegelihasan meningkat saat kandung kemih penuh melampaui kapasitas fisiologi dan mencapai kapasitas anatomis. Pengambilan riwayat meliputi pertanyaan-pertanyaan spesifik mengenai frekuensi berkemih pada siang hari, nokturia, urgensi, inkontinensia urine, kekuatan aliran urine, keragu-raguan, perlunya mengedan, rasa lampias, dan episode retensi urine akut sebelumnya (Joyce M dan June H, 2014).

- c. Pemeriksaan Diagnostik.  
Menurut (Andra dan yessie, 2013) pemeriksaan diagnostik adalah”  
(1) Pemeriksaan Colok Dubur (Recta Toucher)



Pemeriksaan Colok Dubur adalah memasukan jari telunjuk yang sudah diberi pelicin kedalam lubang dubur. Pada pemeriksaan

colok dubur di nilai:

- (a) Tonus sfingter ani dan refleks buldo-ksvernous (BCR)
- (b) Mencari kemungkinan adanya masa di dalam lumen rectum.
- (c) Menilai keadaan prostate.

(2) Laboratorium

- (a) Urinalisa untuk melihat datanya infeksi, hematuria.
- (b) Ureum, creatinine, elektrolit untuk melihat gambaran fungsi ginjal.

(3) Pengukuran derajat berat obstruksi

- (a) Menentukan jumlah sisa urine setelah penderita miksi spontan  
(normal sisaa urine kosong dan batas intervensi sisa urin lebih dari 100 cc)

(b) Pancaran Urin (Uroflowmetri)

Jumlah urine dalam vesika 125 sampai dengan 150 ml.

angka normal rata-rata 10 sampai dengan 12 ml per detik,

obstruksi ringan 6-8 ml per detik.

d. Penatalaksanaaa

Menurut (Andra & Yessie,2013). Penatalaksanaan medisnya adalah:

1) Observasi

Biasanya dilakukan pada pasien dengan keluhan ringan, nasehat yang diberikan yaitu mengurangi minum setelah makan malam untuk mengurangi nokturia, mengurangi minum kopi dan tidak diperbolehkan minum alkohol supaya tidak selalu sering miksi. Setiap 3 bulan dilakukan kontrol keluhan, sisa kencing dan pemeriksaan colok dubur.

## 2) Terapi Medikamentosa

Tujuan terapi medikamentosa adalah berusaha untuk:

- a) Mengurangi retensio otot polos prostat sebagai komponen dinamik penyebab obstruksi infravesica dengan obat-obatan penghambat adrenalgik alfa.
- b) Mengurangi volume prostat sebagai komponen static dengan cara menurunkan kadar hormon testosteron atau dihidrotestosteron (DHT) melalui penghambat 5 $\alpha$ -reduktase.

### (1) Penghambt enzim

Obat yang dipakai adalah finaserida dengan dosis 1 kali 5 mg obat golongan ini dapat menghambat pembentukan dehidrogenase sehingga prostat dapat membesar akan mengecil. Tetapi obat ini bekerja lebih lambat dari pada golongan bloker dan manfaatnya hanya jelas pada prostat yang sangat besar. Salah satu efek samping obat ini adalah melemahkan libido, ginekomastio, dan dapat menurunkan nilai PSA.

### (2) Filoterfi

Pengobatan filoterapi yang ada di Indonesia yaitu eviprostat. Efeknya diharapkan terjadi setelah pemberian selama 1-2 bulan

### (3) Terapi Bedah

Waktu penanganan untuk tiap klien bervariasi tergantung beratnya gejala dan komplikasi, indikasi untuk terapi bedah yaitu retensio urine berulang, ada batu saluran kemih.

Karena pembedahan tidak mengobati penyebab BPH, maka biasanya penyakit ini akan timbul kembali 8-10 tahun kemudian.

(4) Terapi Invasive Minimal

(a) *Trans uretral microlowave termoterpi (TUMP)*

Jenis pengobatan ini hanya dapat dilakukan di beberapa rumah sakit besar. Dilakukan pemanasan prostat dengan gelombang mikro yang disalurkan ke kelenjar prostat melalui suatu transduser yang diletakkan di uretra parsprostatika.

(b) *High Intensity Focused Ultrasound (HIFU)*

Energi panas yang ditunjukkan untuk menimbulkan nekrosis pada prostat berasal dari gelombang ultrasonografi dari transduser piezokeramik yang mempunyai frekuensi 0.5-10 MHz. energi yang dipancarkan melalui alat yang diletakkan transrektal dan difokuskan ke kelenjar prostat. Teknik ini memerlukan anestesi umum. Data klinis menunjukkan terjadi perbaikan gejala klinis 50-60% dan rata-rata meningkat 40-50% . efek lebih lanjut dari tindakan belum diketahui, dan sementara tercatat bahwa kegagalan terapi sebanyak 10% setiap bulan

(c) *Transurethral Needle Ablation Of The Prostate (TUNA)*

Ablasi jarum trans suretra memakai energi dari frekuensi radio yang menimbulkan panas sampai 100°C sehingga menyebabkan nekrosis jaringan prostat. Sistem ini terjadi atas kateter tuna yang dihubungkan dengan generktor yang dapat membangkitkan energi pada frekuensi radio 490 KHz kateter dimasukan kedalam uretra melalui sistoskopi dengan pemberian anestesi topical xylocaine sehingga jarum yang terletak pada ujung kateter terletak pada kelenjar prostat.

(d) Stent Prostat

Stent prostat dipasang pada uretra prostatika untuk mengatasi obstruksi karena pembesaran prostat. Stent dipasang intraluminal diantara leher buli-buli dan disebelah proksimal verumontanum sehingga urine leluasa melewati lumen uretra prostatika. Stent dapat dipasang secara temporal atau permanen. Pemasangan alat ini diperuntungkan bagi pasien yang tidak mungkin menjalani operasi karena resiko pembedahan yang cukup tinggi

**2. Asuhan keperawatan pasien dengan BPH (Pre Operasi & Post Operasi)**

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian mencakup data yang dikumpulkan melalui wawancara pengumpulan riwayat kesehatan, pengkajian fisik, pemeriksaan laboratorium, dan diagnostik, serta review catatan sebelumnya. (Doenges, 2014)

Dalam pengkajian keperawatan meliputi (Wijaya & Putri, 2013)

1) Data Biografi

Dalam data biografi meliputi :

a) Identitas pasien yaitu nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian.

b) Keluarga terdekat yang dapat dihubungi yaitu nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat, nomor telepon.

2) Riwayat kesehatan atau perawatan yang meliputi :

a) Keluhan utama atau alasan masuk rumah sakit. Biasanya klien mengeluh nyeri pada saat miksi, pasien juga mengeluh sering BAK berulang-ulang (anyang-anyangan), terbangun untuk miksi pada malam hari, perasaan ingin miksi yang sangat mendesak, kalau ingin miksi harus menunggu lama, harus mengedankencing terputus-putus

b) Riwayat kesehatan sekarang

(1) Pasien mengeluh sakit pada saat miksi, harus menunggu lama dan harus mengedan.

(1) Pasien mengatakan buang air kecil tidak terasa.

(2) Pasien mengeluh sering BAK berulang-ulang

(3) Pasien mengeluh sering terbangun untuk miksi pada malam hari.

c) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah pasien pernah menderita BPH sebelumnya dan apakah pasien pernah di rawat di rumah sakit sebelumnya.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Mungkin diantara keluarga pasien sebelumnya ada menderita penyakit yang sama dengan penyakit pasien sekarang.

3. Pola fungsi kesehatan meliputi :

Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, pola nutrisi dan metabolisme, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan, pola istirahat dan tidur, pola kognitif dan persepsi, persepsi diri dan konsep diri, pola peran hubungan, pola seksual dan reproduksi, pola coping dan toleransi stress, keyakinan dan kepercayaan.

4. Pemeriksaan fisik

Pada waktu melakukan infeksi keadaan umum pasien mengalami tanda-tanda penurunan ,mental seperti neuropatiperifer. Pada waktu palpasi adanya nyeri tekan pada kandung kemih.

a. Data dasar pengkajian pasien

1) Sirkulasi

Tanda : peningkatan tekanan darah

b. Eliminasi

Gejala :

1) Penurunan kekuatan atau dorongan liran tetesan urin.

2) Keragu-raguan pada berkemih awal.

3) Ketidakmampuan untuk mengosongkan kandung kemih

dengan lengkap, dorongan dan frekwensi berkemih.

4) Nokturia, dysuria, hematuria.

5) Duduk untuk berkemih.

6) Infeksi saluran kemih berulang, riwayat batu (statis urinaria)

7) Konstipasi (protrusi prostat kedalam rectum)

Tanda :

a) Masa padat pada abdomen bawah (distensi kndung kemih), nyeri tekan kandung kemih

- b) Hernia inguinalis, hemorrhoid (mengakibatkan peningkatan tekanan abdominal yang memerlukan pengosongan kandung kemih mengatasi tahanan)
- c. Makanan atau cairan  
Gejala :
  - 1) Anoreksia, mual, muntah
  - 2) Penurunan berat badan
- d. Nyeri atau kenyaanan  
Gejala :
  - 1) Nyeri suprapubic, panggul atau punggung, tajam, kuat (pada prostates akut)
  - 2) Nyeri penggung bawah
- e. Keamanan  
Gejala : Demam  
Seksualitas  
Gejala :
  - 1) Masalah tentang efek kondisi atau penyakit kemampuan seksual.
  - 2) Takut inkontinensia atau menetes selama berhubungan intim
  - 3) Penurunan kekuatan kontraksi ejakulasi.
- f. Penyuluhan dan pembelajaran  
Gejala :
  - 1) Riwayat keluarga kanker, hipertensi, penyakit ginjal.
  - 2) Penggunaan antihipersensitif atau antidefresen, antibiotik urinaria atau gen antibiotik, obat yang dijual bebas, batuk flu atau alergi obat pengandung simpatomimetik.
- g. Aktivitas atau istirahat
  - 1) Riwayat pengkajian
  - 2) Lamanya istirahat
  - 3) Aktifitas sehari-hari
  - 4) Pengaruh penyakit terhadap aktifitas
  - 5) Pengaruh penyakit terhadap istirahat
- h. Hygiene
  - 1) Penampilan umum
  - 2) Aktifitas sehari-hari
  - 3) Kebersihan tubuh
  - 4) Frekwensi mandi
- i. Integritas ego

- 1) Pengaruh penyakit terhadap stress
  - 2) Gaya hidup
  - 3) Masalah finansial
  - j. Neurosensori
    - 1) Apakah ada sakit kepala
    - 2) Status mental
    - 3) Ketajaman pengelihatn
  - k. Pernafasan
    - 1) Apakah ada sesak nafas
    - 2) Riwayat merokok
    - 3) Frekwensi pernapasan
    - 4) Batuk dada
    - 5) Auskultasi
  - l. Interaksi sosial
    - 1) Status perkawinan
    - 2) Hubungan dalam masyarakat
    - 3) Pola interaksi keeluarga
    - 4) Komunikasi verbal atau nonverbal
3. Diagnosa Keperawatan
- Data terkumpul akan dikelompokan dan dianalisa sehingga ditemukan diagnosa keperawatan. Menurut padali (2012) diagnosa keperawatan yang mungkin ditemukan pada
- a. Pre Operasi
    - 1) Obstruksi akut / kronis berhubungan dengan obstruksi mekanik, pembesaran prostat, dekompensasi otot destrusor dan ketidak mampuan kaandung kemih untuk berkontraksi secara adekuat.
    - 2) Nyeri akut berhubungan dengan iritaasi mukosa buli-buli, distensi kandung kemih dan ginjal, infeksi urinaria.
    - 3) Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan atau menghadapi prosedur bedah.
  - b. Post Operasi
    - 1) Nyeri akut berhubungan dengan spasma kandung kemih dan insisi sekunder pada TUR-P
    - 2) Resiko tinggi inspeksi berhubungan dengan tindakan pembedahan



- 3) Resiko tinggi disfungsi seksual berhubungan dengan kurang informasi
- 4) Kurang pengetahuan tentang TUR-P berhubungan dengan kurang informasi
- 5) Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri sebagai efek pembedahan

c. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, atau mengoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosa keperawatan (Nursalam 2008).

1) Pre Operasi

- a) Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan

penyumbatan spingter sekunder akibat pembesaran prostat

Tujuan : berkemih dalam jumlah yang cukup

Kriteria hasil : berkemih dengan lancar, tidak teraba

distensi kandung kemih

Intervensi:

- (1) Observasi tanda-tanda vital setiap 6 jam

Rasional : dengan mengobservasi tanda-tanda vital

dapat mengetahui keadaan umum pasien

- (2) Dorong masukan cairan sampai 1800 ml sehari, dalam

toleransi jantung bila diindikasikan

Rasional : peningkatan aliran cairan mempertahankan

perfusi ginjal dan membersihkan ginjal dan kandung

kemih dari pertumbuhan bakteri

- (3) Observasi aliran urine, perhatikan ukuran dan kekuatan

Rasional : berguna untuk mengevaluasi obstruksi dan

pilihan intervensi

- (4) Dorong pasien untuk berkemih retensi urine, distensi berlebihan pada kandung kemih
- (5) Awasi dan catat waktu dan jam setiap berkemih  
Rasional : retensi urine meningkat tekanan dalam saluran perkemihan atas yang dapat mempengaruhi fungsi ginjal
- (6) Kolaborasi dalam pemasangan kateter  
Rasional : pengaliran kandung kemih menurunkan tegangan dan kepekaan kelenjar
- b) Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi dan spasme otot sekunder akibat BPH  
Tujuan : nyeri berkurang atau hilang  
Kriteria hasil : ungkapan nyeri berkurang atau terkontrol, tampak rileks, maupun untuk skala nyeri 1-3 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan, nadi normal ( 60-100 kali per menit)  
Intervensi :
- (1) Observasi tanda-tanda vital setiap 6 jam  
Rasional : tanda-tanda vital merupakan indikator perkembangan kaadaan pasien
- (2) Kaji skal nyeri (PQRST) meliputi lokasi, karakteristik durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, factor pencetus  
Rasional : membantu dan mengidentifikasi keefektifan dan perkembangan nyeri
- (3) Berikan posisi nyaman (*semi fowler*) pada pasien  
Rasional : meningkatkan relaksasi, memfokuskan kembali perhatian dan dapat meningkatkan kemampuan koping
- (4) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi  
Rasional : teknik distraksi mampu mengalihkan pusat perhatian pasien sehingga tidak terpusat pada nyeri

sengangkan teknik relaksasi membantu mengurangi

ketegangan otot

(5) Delegatif dalam pemberian obat analgeti

Rasional : analgetik membantu mengurangi nyeri yang

disaarkan pasien

c) Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan

Tujuan : cemas pasien berkurang

Kriteria hasil : tampak rileks, mengatakan tidak khawatir

Intervensi :

(1) Bina hubungan saling percaya

Rasional : menunjukan perhatian dan keinginan untuk

membantu dalam berdiskusi

(2) Berikan informasi tentang prosedur, tes khusus dan apa

yang terjadi

Rasional : membantu pasien memahami tujuan dari apa

yang dilakukan dan mengurangi masalah karena

ketidaktahuan termasuk ketakutan.

(3) Pertahankan perilaku nyata dalam melakukan prosedur

atau menerima pasien, lindungi privasi pasien

Rasional : menyatakan penerimaan dan penghilangan

rasa malu pasien

(4) Motivasi pasien atau orang terdekat untuk menyatakan

masalah atau perasaan

Rasional: mendefinisikan masalah, memberikan

kesempatan untuk menjawab pertanyaan, memperjelas

kesalahan konsep dan solusi pemecahan masalah

d) Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya

informasi

Tujuan : pengetahuan pasien bertambah

Kriteria hasil: menyatakan pemahaman proses penyakit

atau prognosis mengidentifikasi hubungan, tanda gejala

proses penyakit, perilaku yang perlu berpartisipasi dalam program pengobatan

Intervensi :

(1) Kaji ulang proses penyakit, pengalaman pasien dapat membuat pilihan informasi terapi

(2) Dorong menyatakan rasa takut atau perasaan dan perhatian

Rasional : membantu pasien mengalami perawasaan

dapat merupakan rehabilitas vital

(3) Anjurkan menghindari makanan berbumbu, kopi, alcohol,

Rasional : dapat menyebabkan iritasi prostat dengan

masalah kongesti, peningkatan tiba-tiba pada alihan

urine dapat menyebabkan distensi kandung kemih dan

kehilangan tonus kandung kemih, mengakibatkan

retensi urinary akut

(4) Berikan informasi tentang anatomi dasar seksual,

dorong pertanyaan dan tingkat dialog tentang masalah

Rasional : memiliki informasi tentang

anatomimembantu pasien memahami implikasi

tindakan lanjut

e) Resiko infeksi berhubungan dengan residual urine akibat

pembesaran prostat

Tujuan : infeksi tidak terjadi

Kriteria hasil : WBC (4,0-10,0  $10^3/uL$ ), tidak ada tanda-

tanda infeksi (kalor, rubor, dolor, tumor, fungsionalasea), suhu

( $36^{\circ}C$ -  $37^{\circ}C$ )

Intervensi:

1) Observasi tanda-tanda vital

Rasional : dengan bengobservasi tanda-tanda vital dapat mengetahui keadaan umum pasien

2) Anjurkan pasien untuk menjaga kebersihan kulit disekitar kemaluan

Rasional : agar kuman tidak berkembang biak

3) Observasi tanda-tanda infeksi seperti : kalor, dolor, rubor, tumor, fungsiolasea

Rasional : mengetahui secara dini tanda-danda infeksi dan keefektifan intervensi

4) Kolaborasi dalam pemeriksaan laboratorium

Rasional : pemeriksaan WBC menunjukkan tanda-tanda infeksi

5) Kolaborasi pemberian antibiotic

Rasional : antibiotik mencegah terjadinya infeksi

2) Post Operasi

a) Perubahan pola eliminasi urine berhubungan dengan efek-efek pembedahan spingter kandung kemih sekunder

terhadap pasca operasi

Tujuan : pola eliminasi kembali normal

Kriteria hasil : menunjukkan perilaku yang mengontrol

kandung kemih, pasien dapat berkemih dengan spontan

Intervensi :

1) Kaji aliran urine, warna dan adanya bekuan melalui

kateter khususnya selama irigasi kandung kemih

Rasional : retensi dapat terjadi karena edema area

bedah, bekuan darah dan spasme kandung kemih

2) Pertahankan irigasi kandung kemih sesuai indikasi

Rasional : menghindari terjadinya obstruksi, mencuci

kandung kemih dari bekuan darah

3) Ajarkan teknik bladder training

Rasional : melatih otot kandung kemih dalam mengontrol urine

4) Delegatif dalam pemberian irigasi NaCl 0,9% sesuai

indikasi

Rasional : membersihkan sisa-sisa darah setelah pembedahan dan mencegah terjadinya obstruksi

kembali

b) Nyeri akut berhubungan dengan spasme otot skunder akibat

pembedahan

Tujuan : nyeri berkurang atau hilang

Kriteria hasil : ungkapan nyeri berkurang atau terkontrol,

tampak rileks, maupun untuk skala nyeri 1-3 dari 0-10 skala

nyeri yang diberikan, nadi normal (60-100 kali per menit)

Intervensi :

1) Obstruksi tanda-tanda vital setiap 6 jam

Rasional : tanda-tanda vital merupakan indicator

perkembangan keadaan pasien

2) Kaji skala nyeri (PQRST) meliputi lokasi, karakteristik

durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, factor

pencetus

Rasional: membantu dan mengidentifikasi keefektifan

dan perkembangan nyeri

3) Berikan posisi nyaman (*semi fowler*) pada pasien

Rasional : meningkatkan relaksasi, memfokuskan

kembali perhatian dan dapat meningkatkan kemampuan

koping

4) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

Rasional : teknik distraksi mampu mengalihkan pusat

perhatian pasien sehingga tidak terpusat pada nyeri

sedangkan teknik relaksasi membantu mengurangi

ketegangan otot

5) Delegatif dalam pemberian obat analgetik

Rasional : analgetik membantu mengurangi nyeri yang dirasakan pasien

c) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan peningkatan

kebutuhan metabolic sekunder akibat pembedahan

Tujuan : kebutuhan ADL dapat dilakukan sendiri secara bertahap

Kriteria hasil : kebutuhan pasien terpenuhi, pasien dapat melakukan mobilisasi secara bertahap, tekanan darah dalam batas normal(110/70 mmHg – 120/80 mmHg), nadi

dalam batas normal (70-90x/menit)

Intervensi :

1) Observasi tanda-tanda vital pasien

Rasional : penurunan tekan darah, takikardi, takipnea adalah indikasi kerusakan toleransi jantung terhadap aktivitas

2) kaji respon pasien terhadap aktifitas

Rasional : mengetahui perkembangan kondisi pasien dan mengetahui apakah kelemahan masih dirasakan atau tidak

3) anjurkan pasien untuk tirah baring

Rasional : tirah baring dapat membantu mempercepat penyembuhan

4) bantu pasien memenuhi ADL

Rasional : membantu pemenuhn ADL pasien

5) Anjurkan pasien untuk melakukan aktivitas normal sehari-hari

Rasional : membantu pasien kembali melakukan aktivitas mandiri secara bertahaap

6) Anjarkan keluarga pasien untuk mendukung kemandirian pasien dengan membantu pasien hanya ketika tidak mampu melakukan secara mandiri

Rasional : membantu melatih kemandirian pasien

sehingga ADL dapat terpenuhi

d) Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi

Tujuan : pengetahuan pasien bertambah

Kriteria hasil : pasien mengatakan mengerti tentang

perawatan di rumah, pengaturan diet, proses penyembuhan.

Pasien tidak bertanya-tanya lagi tentang penyakitnya.

Pasien tampak tenang

Intervensi :

1) Kaji tingkat pengetahuan pasien terhadap perawatan

pasca operasi

Rasional : mengetahui seberapa banyak pengetahuan

pasien tentang perawatan kateter pasca pembedahan

2) Beri penjelasan tentang perawatan pasca pembedahan

Rasional : memberi informasi dan pengetahuan pada

pasien tentang perawatan pasca operasi

3) Evaluasi kembali pemahaman pasien tentang penjelasan

yang diberikan

Rasional : mengetahui seberapa jauh pemahaman

pasien tentang penjelasan yang diberikan

e) Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma efek

samping pembedahan

Tujuan : perdarahan terkontrol atau tidak terjadi

Kriteria hasil : menunjukkan tidak ada perdarahan aktif

Intervensi :

1) Observasi tanda-tanda vital pasien setiap 6 jam

Rasional : dengan mengobservasi vital dapat

mengetahui keadaan umum pasien

2) Observasi perdarahan :

Rasional : mengetahui factor-factor yang menyebabkan

perdarahan untuk mempermudah intervensi selanjutnya



- 3) Monitor asupan (*intake*) dan saluran (*output*) secara akurat dan hitung keseimbangan *intake* dan *output* (*balance cairan*) setiap hari  
Rasional : mengetahui keseimbangan cairan dalam tubuh pasien pasca pembedahan
- 4) Pertahankan bed rest  
Rasional : meminimalkan terjadinya perdarahan
- 5) Beri He pada pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K  
Rasional : dapat membantu proses pembekuan darah
- 6) Kolaborasi dengan petugas lab dalam pemeriksaan HGB, HCT  
Rasional : berguna dalam evaluasi kehilangan darah atau kebutuhan cairan pengganti
- 7) Delegatif dalam pemberian obat antifibrinolitik  
Rasional : mengurangi terjadinya pendarahan
- f) Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan asupan cairan yang tidak adekuat  
Tujuan : volume cairan adekuat dan tidak ada perdarahan aktif  
Kriteria hasil : hidrasi adekuat, tanda-tanda vital stabil (nadi 60-100x/menit, suhu 36-37, 4° C ) , pengisian kapiler baik (kurang dari 2 detik), membran mukosa lembab  
Intervensi :
- 1) Observasi tanda-tanda vital pasien terutama tekanan darah setiap 6 jam  
Rasional : tanda-tanda vital merupakan indikator perkembangan keadaan pasien, tekanan darah yang tidak normal dapat merupakan respon dari ketidakseimbangan cairan dalam tubuh pasien

- 2) Pantau haluan urine dan hitung keseimbangan pemasukan dan pengeluaran cairan (*balance cairan*) setiap hari  
Rasional : mengetahui keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran cairan pasien
- 3) Monitor tanda-tanda hidrasi (misalnya membran mukosa)  
Rasional : mengetahui tanda-tanda dehidrasi untuk memberikan intervensi yang tepat agar tidak terjadi kekurangan volume cairan
- 4) Anjurkan pasien untuk minum  $\pm$  6-8 gelas ( $\pm$ 1200-1600cc)  
Rasional : memenuhi cairan tubuh pasien dengan mencegah terjadinya dehidrasi
- 5) Beri He pada pasien tentang pentingnya pemenuhan cairan bagi pemeliharaan kesehatan tubuh  
Rasional : memberi informasi pada pasien tentang pentingnya pemenuhan cairan guna mencegah terjadinya kekurangan volume cairan
- 6) Kolaborasi dengan petugas lab dalam pemeriksaan hematologi khususnya HCT  
Rasional : mengetahui adanya respon terhadap terapi yang telah diberikan
- g) Resiko infeksi berhubungan dengan tempat masuknya mikroorganisme sekunder terhadap pembedahan  
Tujuan : infeksi tidak terjadi  
Kriteria hasil : mencapai waktu penyembuhan, tidak mengalami dannda infeksi, suhu ( $36^{\circ}\text{C}$ - $37^{\circ}\text{C}$ ),  
Intervensi :

1) Kaji adanya tanda-tanda infeksi (kalor, dolor, rubor, tumor, fungsilasia)

Rasional : mengetahui secara dini tanda-tanda infeksi dan ketepatan dalam intervensi

2) Lakukan perawatan luka dan perawatan kateter dengan teknik stereril setiap 2 hari sekali

Rasional : menjaga kebersihan luka dan kateter, mencegah pemasukan bakteri dan infeksi, serta mempercepat proses penyembuhan luka

3) Beri He pada pasien tentang tanda dan gejala infeksi, cara pencegahan terjadinya infeksi, serta cara

mempercepat proses penyembuhan luka  
Rasional : memberi informasi dan pengetahuan kepada

pasien tanda dan gejala infeksi, cara pencegahan terjadinya infeksi. Serta cara mempercepat proses penyembuhan luka

4) Kolaborasi dengan petugas lab dalam pemberian WBC  
Rasional : mengetahui adanya peningkatan atau penurunan leukosit yang menjadi indikator saat

terjadinya infeksi

5) Delekatif dalam pemberian obat antibiotic  
Rasional : mencegah terjadinya infeksi

d. Pelaksanaan Keperawatan

Implementasi atau pelaksanaan keperawatan adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implentasi adalah memantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang

- mencangkup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping (Nursalam,2011)
- e. Evaluasi Keperawatan
- Tahap evaluasi pada proses keperawatan meliputi kegiatan mengukur pencapaian tujuan klien, menentukan keputusan dengan cara membandingkan data yang terkumpul dengan pencapaian tujuan (Nursalam,2011)
- 1) Pre Operasi
    - a) Retensi urine tidak terjadi
    - b) Nyeri berkurang atau hilang
    - c) Cemas pasien berkurang atau hilang
    - d) Pengetahuan pasien bertambah
    - e) Infeksi tidak terjadi
  - 2) Post Operasi
    - a) Pola eliminasi kembali normal
    - b) Nyeri berkurang atau hilang
    - c) Kebutuhan ADL pasien terpenuhi
    - d) Pengetahuan pasien bertambah
    - e) Pendarahan pasien tidak terjadi
    - f) Volume cairan adekuat
    - g) Infeksi tidak terjadi

### **BAB III METODE PENELITIAN**

#### **A. Desain Studi Kasus**

Karya tulis ini menggunakan desain studi kasus. Pada studi kasus ini mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien BPH post TURP dengan diagnosa nyeri akut di ruang janger RSD Mangusada Badung.

**B. Subyek studi kasus**

*Benigna prostat hyperplasia* (BPH) adalah pertumbuhan nodul-nodul fibriadenomatosa majemuk dalam prostat, pertumbuhan tersebut dimulai dari bagian periuretral sebagai prolipreasi yang terbatas dan tumbuh dengan menekan kelenjar normal yang tersisa (Andara dan yessie,2013)

**C. Fokus studi**

Partisipan dalam studi kasus ini adalah 2 orang klien dengan diagnosa medis post Open Prostatectomy. Asuhan keperawatan yang penulis lakukan adalah pre operasi dan post Open Prostatectomy

**D. Definisi operasional fokus studi**

Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) adalah pertumbuhan nodul-nodul fibriadenomastosa majemuk dalam prostate, pertumbuhan tersebut dimulai dari bagian periuretral sebagai proliperasi yang terbatas dan tumbuh dengan menekan kelenjar normal yang tersisa (Sylva A.Prince,2006 dalam Wijaya & Putri 2013, hal 97)

**E. Instrumen studi kasus**

**F. Metode pengumpulan data**

Pada penulisan studi kasus ini metode pengumpulan data yang digunakan:

1. Wawancara didapatkan dari hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga dan lain-lain dimana sumber data didapatkan dari klien, keluarga, maupun perawat lainnya.
2. Observasi dan pemeriksaan fisik dengan inspeksi, auskultasi, palpasi, perkusi, pada sistem tubuh klien.
3. Studi dokumentasi didapatkan hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data yang lain relevan. Pengumpulan data juga dapat dilaksanakan dengan menggunakan angket jika diperlukan.

#### **G. Lokasi dan waktu studi kasus**

Lokasi penelitian adalah seorang peneliti yang harus mempertimbangkan dengan baik. Kemudian peneliti akan mengumpulkan data dengan masalah yang diteliti tersebut. Maka peneliti akan tau dimana penelitian itu dilaksanakan. Lokasi penelitian ini adalah di Ruang Janger RSD Mangusada Badung.

#### **H. Analisis data dan penyajian data**

Analisa data dilakukan setelah data terkumpul sejak peneliti di RSD Mangusada Badung, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya dituangkan dalam opini observasi. Urutan dalam analisa data:

1. Pengumpulan data  
Data dikumpul dari hasil WHO yaitu berupa wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan dokumen atau catatan medis.  
Hasil ditulis dalam bentuk transkrip atau catatan terstruktur.
2. Mereduksi data  
Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan

dikelompokan menjadi data subyektif dan data objektif, dianalisa berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3. Penyajian data  
Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.
4. Kesimpulan  
Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi.

#### **I. Etika Studi Kasus**

Dalam studi kasus asuhan keperawatan pada pasien BPH di ruang Janger RSD Mangusada Badung, etika yang perlu diperhatikan adalah:

1. Information sheet  
Bukti persetujuan yang dibuat oleh pasien atau keluarga untuk dilakukan tindakan medis.
2. Infrom Consent  
Infrom Consent yaitu suatu lembaran yang berisi tentang permintaan persetujuan pada keluarga pasien bahwa bersedia

untuk menjadi narasumber pada studi kasus ini dengan membuktikan lembaran informed consent tersebut.

3. Anonimiti (tanpa nama)

Pasien tidak akan mencantumkan identitas dari pasien, cukup mencantumkan inisial.



## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil

##### 1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Lokasi penelitian dilakukan di RSD Mangusada Kabupaten Badung jln. Raya Kapal, Mangupura, Kabupaten Badung, Bali. yang berdiri pada tahun 1998 dengan menyanggah rumah sakit tipe B pendidikan dengan pengelolaan BLUD (Badan Layanan Umum Daerah). RSD Mangusada Badung memiliki fasilitas yaitu berupa pelayanan poliklinik, ruang intensif terpadu yang terdiri dari ICU (*Intensive Care Unit*), NICU (*Neonatal Intensive Care Unit*), HCU (*High Care Unit*), ICCU (*Intensive Coronary Care unit*), memiliki pelayanan penunjang medis yang terdiri dari Laboratorium, Radiologi, CT-Scan, Endoskopi, USG, Farmasi, Ambulance, IGD (*Instalasi Gawat Darurat*), memiliki satu paviliun rawat inap dan 5 ruang rawat inap salah satunya Ruang Janger. Ruang Janger ini terletak dilantai 3 gedung C sebagai ruang rawat inap yang memiliki pelayanan bedah yang khusus untuk merawat pasien dengan tindakan sebelum dan sesudah pembedahan. Di Ruang Janger ini terdiri dari ruang jaga perawat, ruang tindakan, ruang kepala ruangan, ruang gudang alat tenun, dapur, ruang spolhok, ruang mahasiswa, ruang pasien dan kamar mandi. Ruang pasien terdiri dari 10 kamar dimana kamar kelas 1 ada 2 kamar yang terdiri dari 2 tempat tidur, kamar kelas 2 ada 1 kamar yang terdiri dari 5 tempat tidur, kamar kelas 3 ada 6 kamar

yang masing-masing terdiri dari 7 tempat tidur, dan ada 1 ruang kemoterapi yang terdiri dari 4 tempat tidur.

## 2. Karakteristik Partisipan

Pasien dalam penelitian ini berjumlah 2 orang, yang pertama adalah pasien Tn. I, umur 77 Tahun, beragama Hindu, pendidikan : SD, alamat br. Abian Semal, kab. Badung dan Pasien yang kedua adalah Tn. K umur 67 Tahun, beragama Hindu, pendidikan SD, alamat br. Petang Suci, kab. Badung

## 3. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 21 Maret 2019 pada Pukul 10:30 Wita pada pasien 1, dan tanggal 31 maret 2019 pada Pukul 11.00 Wita pada pasien 2 di ruang JANGER RSD MANGUSADA dengan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi.

## 4. Identitas

**Tabel 4.1**  
**Identitas Pasien**

Identitas Pasien	Pasien 1
Nama	TN. I
Umur	77 tahun
Jenis Kelamin	Laki-laki
Status	Menikah
Pekerjaan	Petani
Pendidikan	SD
Agama	Hindu
Suku/Bangsa	Bali/ Indonesia
Alamat	Br. Abiansemal kab. Badung
No. Telepon	-
No. CM	32235
Tanggal MRS	19 Maret 2019

## 5. Riwayat Penyakit

**Tabel 4.2**  
**Riwayat Penyakit**

Riwayat Penyakit	Pasien 1	Pasien 2
<p>Keluhan Utama</p> <p>a. Saat MRS</p> <p>b. Saat Pengkajian</p>	<p>Pasien mengatakan sakit saat berkemih</p> <p>Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi TURP</p>	<p>Pasien mengatakan sakit saat berkemih</p> <p>Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasi TURP</p>
Riwayat Penyakit	<p>Pada saat pengkajian pasien mengatakan tinggal di abian semal, sejak 8 hari yang lalu pasien mengeluh mengalami masalah pada kencingnya. Apabila ingin kencing pasien mengatakan selalu merasakan sakit pada kelaminnya, pasien mengira itu hanya hal biasa karena kurang minum. Sejak tanggal 17 maret 2019 karena pasien tidak bisa menahan rasa sakit saat mengeluarkan air kencingnya, pasien langsung datang ke RSD mangusada badung dan di periksa oleh dokter pasien dilakukan foto rontgen pasien di diagnosa BPH. Pasien diminta untuk melakukan operasi karena ada pembesaran di kelencar prostat. Dokter memberikan waktu kepada keluarga dan pasien untuk memberundingkan hal tersebut. Tidak berselang lama kelurga dan pasien setuju dengan tindakan yang diarahkan oleh dokter demi kesehatan pasien. Dan pasien disarankan untuk rawat inap. Pasien langsung dipindahkan ke ruangan untuk menunggu jadwal operasi dan pasien diterima diruang Janger RSD</p>	<p>Pada saat pengkajian pasien mengatakan sejak 1 minggu yang lalu pasien mengeluh mengalami masalah pada kencingnya, Apabila ingin kencing pasien mengatakan selalu merasa sakit pada alat kelaminnya, lalu pasien datang ke RSD mangusada untuk melakukan pemeriksaan setelah diperiksa oleh dokter pasien di diagnosa BPH. Setelah pasien mengetahui penyakitnya pasien dan keluarga mengatakan akan melakukan pengobatan lebih lanjut di RSD mangusada Badung, pasien mendapat surat kontrol. Pada tanggal 25 maret 2019 pasien datang ke poli bedah RSD mangusada dan pasien diperiksa oleh dokter memang benar pasien mengalami BPH. Lalu pasien dipasang kateter dan pasien dipulangkan dan disuruh kontrol kembali tanggal 29 maret 2019, pada tanggal 29 maret 2019, pasien kembali datang ke poli bedah RSD mangusada Badung diperiksa oleh dokter dan pasien diminta untuk dilakukan operasi karena ada pembesaran dikelenjar prostat. Dokter</p>

	<p>Mangusada Badung pukul 11:00 wita oleh perawat yang jaga, lalu pasien di observasi ttvnya didapatkan hasil Td : 140/100 mmHg, Nadi : 80x/menit, Respirasi : 24x/menit, Suhu : 36,5°C</p> <p>Therapy yang didapat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- IVFD RL 16 tetes/menit</li> <li>- Ceftriaxzone 3x1 gr (IV Perset)</li> <li>- Alpaalam 2x25 gr (oral)</li> </ul> <p>Pada tanggal 20 maret 2019 pasien dijadwalkan untuk operasi prostat. Tapi sehari sebelum operasi pasien diminta untuk menanda tangani informed consent oleh perawat, sebagai bukti pasien telah menyetujui untuk dilakukan tindakan operasi. Dan juga pasien diminta untuk mencukur rambut daerah genetalia dan pasien dipuaskan dimulai pukul 00:00 wita. Pada tanggal 20 maret 2019 pukul 08:30 wita pasien dibawa keruang operasi oleh perawat yang jaga. Pasien diterima diruang operasi pukul 08:50 wita. Sebelum dilakukan operasi pasien dilakukukan persiapan operasi, pasien dianastesi dengan teknik Regional. Pasien terpasang IVFD RL 16 tetes/menit. jenis operasi yang dilakukan yaitu TURP (Trans Uretral Reseksien Prostat) suatu tindakan operasi pengangkatan jaringan prostat melalui uretra menggunakan resektroskop. Keuntungan dari tindakan ini adalah tidak dilakukan sayatan</p>	<p>memberikan waktu kepada kelurga dan pasien untuk memperundingkan hal tersebut. Tidak beberapa lama kemudian keluarga dan pasien setuju dengan tindakan yang diarahkan oleh dokter demi kesehatan pasien. Dan pasien disarankan untuk rawat inap , pasien langsung dipindahkan keruangan untuk menunggu jadwal operasi dan diterima diruang Janger RSD mangusada badung pukul 12:00 wita oleh perawat yang jaga, lalu pasien diobservasi tanda-tanda vitalnya didapat hasil Td: 130/90 mmHg, Nadi : 84x/menit, Respirasi : 20x/menit, Suhu : 36,9°C.</p> <p>Therapy yang didapat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- IVFD RL 20 TM</li> <li>- Cefotaxime 3 x 1 gr</li> </ul> <p>Pada tanggal 30 Maret 2019 pasien dijadwalkan untuk melakukan operasi prostat, tapi sehari sebelum operasi pasien diminta untuk menanda tangani informed consent oleh perawat sebagai bukti pasien telah menyetujui untuk dilakukan operasi, dan juga pasien diminta untuk mencukur rambut yang ada didaerah genetalianya dan pasien dipuaskan di mulai pada pukul 12:00 wita. Pada tanggal 30 april pada pukul 09:35 wita pasien dibawa keruang OK oleh perawat yang jaga. Pasien diterima diruang OK pada pukul 09:45 wita. Sebelum dilakukan operasi pasien dilakukan persiapan operasi, pasien di anastesi Regional.</p>
--	--	--

	<p>sehingga mengurangi terjadinya resiko infeksi. Setelah selesai melakukan tindakan operasi pasien dipindahkan ke ruang ICU selama 1 hari untuk diobservasi keadaan pasien. Pada tanggal 21 maret 2019 pukul 09:00 wita pasien kembali ke ruangan Janger untuk mendapatkan tindakan, dari hasil observasi di dapatkan tanda-tanda vital pasien : Td : 130/80 mmHg, Nadi : 80x/menit, Respirasi 22x/menit, Suhu 36,4<sup>o</sup>C. Therapy yang didapatkan pada tanggal 21 maret 2019 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- IVFD Asering + Drip Petidin 100 mg 20 tetes/menit</li> <li>- NaCl 0,9 irigasi grojog</li> <li>- Ketorolac 3x30 mg (IV Perset)</li> <li>- Cefotaxzone 3x1 gr (IV Perset)</li> <li>- Ranitidin 3x50 mg (IV Perset)</li> <li>- Asam mefenamet 3x1 gr (Oral)</li> <li>- Ciprofloxacine 2x1 gr (Oral)</li> </ul>	<p>Pasien terpasang IVFD RL 16 tetes/menit. Jenis operasi yang digunakan yaitu TURP, Suatu tindakan operasi pengangkatan jaringan prostat melalui uretra melalui resektroskop. Keuntungan dari tindakan ini adalah tidak dilakukan sayatan sehingga mengurangi terjadinya resiko infeksi. Setelah selesai melakukan tindakan operasi pasien di pindahkan ke HCU selama 1 hari untuk diobservasi keadaan pasien. Pada tanggal 31 Maret 2019 pada pukul 10:00 wita pasien kembali ke ruang Janger untuk mendapat tindakan, dari hasil observasi didapatkan TTV : TD : 130/90 mmHg, Nadi : 84x/menit, Respirasi : 20x/menit, Suhu : 36,9<sup>o</sup>C. Therapy yang didapatkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- IVFD Asering + Drip petidin 100 mg 20 tmp</li> <li>- Nacl 0,9 irigasi grojog</li> <li>- Cefotaxime 3 x 1 gr ( IV perset)</li> <li>- Ketorolac 3 x 30 mg (IV perset)</li> <li>- Ranitidine 3 x 50 mg (IV perset)</li> <li>-</li> </ul>
Riwayat Penyakit Sebelumnya	<p>Pasien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit seperti ini dan tidak pernah di operasi. Pasien pernah dirawat di RSD mangusada karena digigit ular.</p>	<p>Pasien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit seperti ini dan tidak pernah di operasi. Pasien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit yang parah yang menyebabkan harus dirawat di rumah sakit</p>
Riwayat penyakit keluarga	<p>Pasien mengatakan dalam</p>	<p>Pasien mengatakan dalam</p>

	anggota keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit seperti yang dialami pasien. Dalam keluarga pasien tidak ada riwayat penyakit keturunan seperti penyakit jantung, maupun asma dan penyakit menular seperti TB paru dan hepatitis	anggota keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit seperti yang dialami pasien. Dalam keluarga pasien tidak ada riwayat penyakit keturunan seperti penyakit jantung, maupun asma dan penyakit menular seperti TB paru dan hepatitis
--	---	---

## 6. Perubahan Pola Kesehatan

**Tabel 4.3**  
**Perubahan Pola Kesehatan**

Pola Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
a. Data Biologis		
1) Bernafas	Pasien mengatakan sebelum sakit dan saat pengkajian tidak mengalami kesulitan dalam bernafas baik dalam menghirup dan menghembuskan nafas.	Pasien mengatakan sebelum sakit dan saat pengkajian tidak mengalami kesulitan dalam bernafas baik dalam menghirup dan menghembuskan nafas.
2) Makan dan minum Makan	sebelum sakit pasien mengatakan biasa makan 3x sehari dengan menu nasi, lauk dan sayuran. Pasien makan satu porsi habis setiap kali makan, saat pengkajian pasien mengatakan tidak mengalami masalah dalam makannya, pasien biasa makan 3x sehari dengan menu nasi, lauk, dan sayuran. Saat pengkajian pasien mengatakan sudah makan bubur habis 1 porsi dari menu yang	makan 3x sehari dengan menu nasi, lauk dan sayuran. Pasien makan satu porsi habis setiap kali makan. Saat sakit pasien mengatakan tidak mengalami masalah dalam makannya, pasien biasa makan 3x sehari dengan menu nasi, lauk, sayur. Saat pengkajian pasien mengatakan sudah makan bubur ½ porsi dari menu yang sudah disediakan dirumah

Minum	<p>sudah disediakan dirumah sakit.</p> <p>Sebelum sakit pasien mengatakan bisa minum air putih <math>\pm</math> 6-7 gelas/hari (<math>\pm</math>1200-1400 cc). saat sakit bisa minum 4-5 gelas/hari (<math>\pm</math>800-1000cc). saat pengkajian pasien mengatakan sudah minum dan sudah habis 4 gelas (<math>\pm</math>800cc).</p>	<p>sakit.</p> <p>sebelum sakit pasien mengatakan bisa minum air putih sehabis makan <math>\pm</math> 4-5 gelas /hari (<math>\pm</math>800-1200 cc). Saat sakit pasien bisa minum 4-5 gelas/hari (<math>\pm</math>800-1000 cc). Saat pengkajian pasien mengatakan sudah minum 3 gelas (<math>\pm</math>600cc).</p>
3) Eliminasi	<p>BAB : Pasien mengatakan sebelum sakit biasa BAB 1x sehari pada pagi hari dengan konsistensi lembek, warna kekuningan, dan bau khas feces. Saat pengkajian pasien mengatakan belum BAB dari tadi pagi.</p> <p>BAK : Sebelum sakit pasien mengatakan biasa BAK 6 x/hari (<math>\pm</math>300 cc), warna kuning jernih, dan bau pesing, saat sakit pasien mengatakan susah kencing, pasien biasa BAK 5/hari (<math>\pm</math>250cc/hari) warna kuning dan bau pesing Saat pengkajian pasien terpasang three way dengan jumlah urine <math>\pm</math>1700 cc/ 9 jam</p>	<p>BAB : Pasien mengatakan sebelum sakit biasa BAB 1x sehari pada pagi hari dengan konsistensi lembek, warna kekuningan, dan bau khas feces. Saat pengkajian pasien mengatakan belum BAB dari tadi pagi</p> <p>BAK : Sebelum sakit pasien mengatakan biasa BAK 6 x/hari (<math>\pm</math>300 cc), warna kuning jernih, dan bau pesing, saat sakit pasien mengatakan susah kencing, pasien biasa BAK 5x/hari (<math>\pm</math>200cc/hari) warna kuning dan bau pesing. Saat pengkajian pasien terpasang three way dengan jumlah urine <math>\pm</math>1500 cc /8 jam</p>
4) Gerak dan aktivitas	Sebelum sakit pasien mengatakan biasa melakukan aktivitas	Sebelum sakit pasien mengatakan biasa melakukan aktivitas

	<p>ringan dirumahnya, seperti berladang dan biasa melakukan aaktivitas sehari-hari, seperti makan, minum, BAB, dan mandi. Saat pengkajian pasien tampak lemah, pasien mengatakan nyeri pada alat kelaminnya, pasien mengatakan sulit untuk mebolak-balikan posisi tubuhnya, pasien hanya berbaaring ditempat tidur, ADL pasien dibantu oleh keluarganya maupun perawat. Pasien hanya dapat memenuhi kebutuhan seperti : makan dan minum, namun kebutuhan seperti mandi, BAB, dan BAK dibantu oleh keluarga dan perawat.</p>	<p>ringan dirumaahnya, seperti memberi makan ayam, mengurus cucu-cucunya dan biasa melakukan aktivitas sehari-hari, seperti : makan, minum, BAB dan BAK. Saat pengkajian pasien tampak lemah, pasien mengatakan nyeri pada alat kelaminnya, pasien mengatakan sulit untuk membolak-balikan posisi tubuhnya, pasien hanya berbaring ditempat tidur, kebutuhan pasien dibantu oleh anaknya maupun perawat. Pasien tidak mampu memenuhi kebuhan ADL secara mandiri seperti : makan, minum, mandi, BAB dan BAK.</p>
5) Istirahat dan tidur	<p>Sebelum sakit dan saat pengkajian pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan dalam istirahat dan tidur. Pasien biasa tidur malam pada pukul 22:00 wita dan bangun pada pada pukul 06:00 wita</p>	<p>Sebelum sakit dan saat pengkajian pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan dalam istirahat dan tidur. Pasien biasa tidur malam pada pukul 21:00 wita dan bangun pada pada pukul 06:30 wita</p>
6) Kebersihan diri	<p>Sebelum dan saat sakit pasien mengatakan mandi 2 x sehari dengan menggunakan sabun, cuci rambut 2 x seminggu dengan menggunakan shampoo dan sikat gigi</p>	<p>Sebelum dan saat sakit pasien mengatakan mandi 2 kali sehari dengan menggunakan sabun, cuci rambut 2 kali seminggu dengan menggunakan</p>



	2 x sehari dengan pasta gigi. Saat pengkajian pasien mengatakan terakhir mandi kemarin pagi sebelum persiapan operasi	shampoo dan sikat gigi 2x sehari dengan pasta gigi. Saat pengkajian pasien mengatakan belum mandi, pasien mengatakan terakhir mandi kemarin sore
7) Berpakaian	Sebelum dan saat sakit pasien mengatakan biasa mengganti pakainnya 1x sehari sehabis mandi. Saat pengkajian pasien mengatakan sudah mengganti pakainnya tadi pagi	Sebelum dan saat sakit pasien mengataka biasa mengganti pakainnya 1x sehabis mandi. Saat pengkajian pasien mengatakan sudah mengganti pakaiannya tadi pagi
8) Pengaturan suhu tubuh	Sebelum sakit, saat sakit dan saat pengkajian pasien mengatakan tidak pernah mengalami peningkatan suhu tubuh. Suhu terakhir 36,4°C	Sebelum sakit pasien mengatakan tidak mengalami masalah dengan suhu tubuhnya, dan saat pengkajian suhu tubuh pasien normal. (36,9°C)
b. Data Psikologis		
1) Rasa nyaman	Sebelum sakit pasien mengatakan tidak pernah mengalami gangguan rasa nyaman nyeri, saat sakit pasien mengatakan apabila saat berkemih terasa sakit, saat pengkajian pasien mengatakan nyeri pada alat kelaminnya. nyeri dirasakan seperti teriris-iris, nyeri bertambah berat ketika pasien bergerak, nyeri dirasakan hilang timbul, skala nyeri 5 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan, pasien tampak meringis kesakitan.	Sebelum sakit pasien mengatakan tidak pernah mengalami gangguan rasa nyaman nyeri, saat sakit pasien mengeluh tidak bisa kencing, saat pengkajian pasien mengatakan pasien mengeluh nyeri pada alat kelaminnya, pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti teriris-iris, nyeri bertambah berat ketika pasien bergerak, nyeri dirasakan hilang timbul, skala nyeri 5 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan, pasien tampak meringis kesakitan.

2) Rasa aman (cemas)	Saat pengkajian pasien mengatakan tidak cemas lagi karena operasinya telah selesai dilakukan dan pasien berterimakasih kepada para medis yang selama ini sudah merawatnya	Saat pengkajian pasien mengatakan tidak cemas lagi karena operasinya telah selesai dilakukan dan pasien merasa aman karena sudah ditemani oleh keluarga dan anak-anaknya
c. Data Sosial		
1) Sosial	Hubungan pasien dengan keluarga, perawat dan pasien yang lain baik, pasien kooperatif dalam memberikan informasi data dan kooperatif dalam menerima setiap tindakan yang diberikan.	Hubungan pasien dengan keluarga, perawat dan pasien yang lain baik, pasien kooperatif dalam memberikan informasi data dan kooperatif dalam menerima setiap tindakan yang diberikan.
2) Prestasi	Pasien mengatakan hanya tamatan SD dan sampai saat ini pasien mengatakan tidak memiliki prestasi yang dapat dibandingkan.	Pasien mengatakan sekolah sampai jenjang SMA dan sampai saat ini pasien mengatakan tidak memiliki prestasi yang dapat dibandingkan.
3) Bermain dan rekreasi	Pasien mengatakan jika ada waktu luang, pasien biasanya menghabiskan waktu dengan menonton tv bersama dengan keluarganya.	Pasien mengatakan jika ada waktu luang, pasien biasanya menghabiskan waktu dengan menonton tv bersama dengan keluarganya.
4) Pengetahuan belajar	Pasien mengatakan mengerti informasi tentang penyakitnya, karena sudah mendapat penjelasan dari dokter dan perawat	Pasien sudah mendapat penjelasan dari dokter dan perawat tentang penyakitnya, pasien mengatakan mengerti tentang penyakitnya

Data Spiritual	Pasien beragama hindu, sebelum sakit pasien mengatakan biasa sembahyang jika ada odalan (upacara agama), dan saat pengkajian pasien mengatakan hanya bisa berdoa di tempat tidur saja.	Pasien beragama hindu, sebelum sakit pasien mengatakan biasa sembahyang jika ada odalan (upacara agama), dan saat pengkajian pasien mengatakan hanya bisa berdoa di tempat tidur saja.

## 7. Pemeriksaan fisik

**Tabel 4.4**  
**Pemeriksaan Fisik**

Observasi	Pasien 1	Pasien 2
a. Keadaan Umum		
1) Kesadaran	CM (compos mentis) E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M <sub>6</sub>	CM (compos mentis) E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M <sub>6</sub>
2) Postur tubuh	Sedang	Sedang
3) Bangun tubuh	Tegak	Tegak
4) Gerak motorik	Terkoordinir	Terkoordinir
5) Keadaan kulit	Warna kulit normal (sawo matang), lembab, tidak ada sianosi, turgor elastis, dan kebersihannya cukup	Warna kulit normal (sawo matang), lembab, tidak ada sianosi, turgor elastis, dan kebersihannya cukup
b. Gejala Kardinal		
1) Suhu	36,4°C	36,9°C
2) Nadi	80 x/menit	84x/menit
3) Respirasi	22 x/menit	20x/menit
4) Tekanan darah	130/80 mmHg	130/90 mmHg
c. Ukuran Lain		
1) BB sebelum sakit	60 kg	65kg
2) BB saat pengkajian	55 kg	63 kg
3) Tinggi badan	170cm	155 cm
4) IMT	$\frac{BB(Kg)}{TB^2(m)} = \frac{55(Kg)}{2,86(m)} = 19 \text{ Kg/ m}^2$	

d. Keadaan Fisik		
1) Kepala	<p><b>Inspeksi</b> : bentuk simetris, lesi tidak ada, benjolan tidak ada, penyebaran rambut merata, rambut tidak rontok, warna rambut hitam keputihan, dan kepala bersih.</p> <p><b>Palpasi</b> : nyeri tekan tidak ada.</p>	<p><b>Inspeksi</b> : bentuk simetris, lesi tidak ada, benjolan tidak ada, penyebaran rambut merata, rambut tidak rontok, warna rambut hitam, dan kepala bersih.</p> <p><b>Palpasi</b> : nyeri tekan tidak ada.</p>
2) Wajah	<p><b>Inspeksi</b> : bentuk oval, lesi tidak ada, oedem tidak ada, benjolan tidak ada.</p> <p><b>Palpasi</b> : nyeri tekan tidak ada.</p>	<p><b>Inspeksi</b> : bentuk simetris, lesi tidak ada, oedem tidak ada, benjolan tidak ada.</p> <p><b>Palpasi</b> : nyeri tekan tidak ada.</p>
3) Mata	<p><b>Inspeksi</b> : bentuk simetris, pergerakan bola mata terkoordinasi, refleks pupil baik, pupil isokor, konjungtiva merah muda, klera putih.</p> <p><b>Palpasi</b> : nyeri tekan tidak ada.</p>	<p><b>Inspeksi</b> : bentuk simetris, pergerakan bola mata terkoordinasi, refleks pupil baik, pupil isokor, konjungtiva merah muda, klera putih.</p> <p><b>Palpasi</b> : nyeri tekan tidak ada.</p>
4) Hidung	<p><b>Inspeksi</b> : bentuk simetris, sekret tidak ada, kebersihan cukup.</p> <p><b>Palpasi</b> : nyeri tekan tidak ada.</p>	<p><b>Inspeksi</b> : bentuk simetris, sekret tidak ada, kebersihan cukup.</p> <p><b>Palpasi</b> : nyeri tekan tidak ada.</p>
5) Telinga	<p><b>Inspeksi</b> : telinga kanan dan kiri simetris, tidak terdapat lesi, tidak terdapat serumen</p> <p><b>Palpasi</b> : Tidak terdapat nyeri tekan, pendengaran baik</p>	<p><b>Inspeksi</b> : Telingan kanan dan kiri simetris, tidak terdapat serumen</p> <p><b>Palpasi</b> : nyeri tekan tidak ada. Pendengaran baik</p>
6) Mulut	<p><b>Inspeksi</b> : bentuk simetris, mukosa bibir lembab, stomatitis tidak ada, pembesaran tonsil tidak ada, lidah bersih, kebersihan gigi cukup, caries tidak ada, dan secara umum kebersihan mulut pasien cukup.</p> <p><b>Palpasi</b> : tidak ada nyeri tekan</p>	<p><b>Inspeksi</b> : bentuk simetris, mukosa bibir lembab, stomatitis tidak ada, pembesaran tonsil tidak ada, lidah bersih, kebersihan gigi cukup, caries tidak ada, dan secara umum kebersihan mulut pasien cukup.</p> <p><b>Palpasi</b> : tidak ada nyeri tekan</p>
7) Leher	<p><b>Inspeksi</b> : pembesaran kalenjar tirod tidak ada, bendungan vena jugularis tidak ada, dan pergerakan</p>	<p><b>Inspeksi</b> : pembesaran kalenjar tirod tidak ada, bendungan vena jugularis tidak ada, dan pergerakan</p>

	leher terkoordinasi. <b>Palpasi</b> : nyeri tekan tidak ada, pembesaran kelenjar limfe tidak ada.	leher terkoordinasi. <b>Palpasi</b> : nyeri tekan tidak ada, pembesaran kelenjar limfe tidak ada.
8) Thorax a) Paru-paru	<b>Inspeksi</b> : bentuk dada simetris, retraksi otot dada tidak ada. <b>Palpasi</b> : tidak ada nyeri tekan.  <b>Perkusi</b> : suara paru sonor. <b>Auskultasi</b> : whezing tidak ada, ronching tidak ada, suara napas vesikular reguler.	<b>Inspeksi</b> : bentuk dada simetris, retraksi otot dada tidak ada. <b>Palpasi</b> : tidak ada nyeri tekan.  <b>Perkusi</b> : suara paru sonor. <b>Auskultasi</b> : whezing tidak ada, ronching tidak ada, suara napas vesikular reguler.
a) Abdomen	<b>Inspeksi</b> : Bentuk simetris, tidak ada lesi <b>Auskultasi</b> : Paristaltik usus 20x/ menit <b>Palpasi</b> : Distensi abdomen tidak ada, tidak ada asites dan tidak ada nyeri tekan <b>Perkusi</b> : Suara tympani,	<b>Inspeksi</b> : Tidak ada lesi <b>Auskultasi</b> : Paristaltik usus 20x/menit <b>Palpasi</b> : Distensi abdomen tidak ada, tidak ada asites dan tidak ada nyeri tekan <b>Perkusi</b> : suara tympani,
b) Genetalia	Kebersihan cukup, pasien terpasang kateter three way dengan jumlah urine dan cairan irigasi ±1700cc/9jam, warna kuning kemerahan bercampur darah, konsistensi ecer dan bau pesing	Kebersihan cukup, pasien terpasang kateter three way dengan jumlah urine dan cairan irigasi ±1500cc/8jam, warna kuning kemerahan bercampur darah, konsistensi ecer dan bau pesing
c) Anus	Cukup bersih dan tidak terdapat haemoroid	Cukup bersih dan tidak terdapat haemoroid
d) Ekstremitas (1). Atas	<b>Inspeksi</b> : Tidak terdapat lesi, tidak terdapat edema, tidak ada sianosis, pergerakan terkoordinasi, terpasang IVFD RL 20 tetes/menit pada tangan kanan, infus menetes lancar dan ditutupi dengan hypapik <b>Palpasi</b> : Tidak terdapat	<b>Inspeksi</b> : Tidak terdapat lesi, tidak terdapat edema, tidak ada sianosis, pergerakan terkoordinasi, terpasang IVFD drif 20 tetes/menit pada tangan kiri, infus menetes lancar dan ditutup dengan

(2). Bawah	nyeri tekan, CRT < 2 detik  <b>Inspeksi</b> :Tidak terdapat lesi, tidak ada edema, terdapat produksi drainage ±20cc <b>Palpasi</b> :Tidak terdapat nyeri tekan, CRT < 2 detik	hypapik. <b>Palpasi</b> : Tidak terdapat nyeri tekan, CRT < 2 detik  <b>Inspeksi</b> : Tidak terdapat lesi, tidak ada edema, terdapat produksi drainage ±25cc <b>Palpasi</b> : Tidak terdapat nyeri tekan, CRT < 2 detik
------------	--	--

## 8. Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4.5 Pemeriksaan Diagnostik

Pasien 1				Pasien 2			
Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 26 Maret 2019, pukul 11.10 wita				Hasil Laboratorium tanggal 21 April 2018, pukul 12:00 wita			
Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
HGB	7.9	g/dL	13.2 – 17.3	HBG	13.1	g/dl	13.2-17.3
RBC	2.80	[10 <sup>6</sup> /ul]	4.40 – 5.90	RBC	4.52	10 <sup>3</sup> /ul	4.40– 5.90
HCT	24.5	%	40.0 – 52.0	HCT	39.1	%	40.0-52.0
MCV	87.8	fL	80.0 – 100.0	MCV	86.5	fL	80.0-10.0
MCH	28.0	Pg	26.0 – 34.0	MCH	29.0	Pg	26.0-34.0
MCHC	32.4	g/dL	32.0 – 36.0	MCHC	33.5	g/dl	32.0-36.0
RDW-SD	15.0	%	11.5 - 14.5	RDW-SD	44.7	fL	37.0-54.0
RDW-CV	15.0	%	11.5 - 14.5	RDW-CV	14.0	%	11.5-14.5
WBC	11.01	10 <sup>3</sup> /ul	3.80 – 10.60	WBC	5.17	10 <sup>3</sup> /ul	3.80-10.60
Hitung Jenis				Hitung Jenis			
NEUT %	66.6	%	50.0 – 70.0	NEUT	54.3	%	50.0-70.0
LYMPH%	14.8	%	25.0 – 40.0	LYMPH%	29.2	%	25.0-40.0
BASO%	1.2	%	0.0 – 1.0	BASO%	0.6	%	0.0-1.0
MONO%	5.0	%	2.0 – 8.0	MONO%	8.7	%	2.0-4.0
EOS%	12.5	%	2.0– 4.0	EOS%	7.2	%	1.5-7.0
NEUT%	7.3	10 <sup>3</sup> /ul	1.5– 7.0	NEUT#	2.8	10 <sup>3</sup> /ul	1.0-3.7
LYMPH%	1.6	10 <sup>3</sup> /ul	1.0 – 3.7	LYMPH#	1.5	10 <sup>3</sup> /ul	0.0-0.1
ASO%	0.1	10 <sup>3</sup> /ul	0.0-0.1	BASO#	0.0	10 <sup>3</sup> /ul	0.0-0.7
MONO#	0.5	10 <sup>3</sup>	0.0-0.7	MONO#	0.5	10 <sup>3</sup> /ul	0.0-0.7
				EOS#	0.4	10 <sup>3</sup> /	0.0-0.4

		/ul				ul	
EOS#	1.4	10 <sup>3</sup>	0.0-0.4		PLT	239	10 <sup>3</sup> /ul
PLT	267	10 <sup>3</sup>	150-440		PDW	13.6	fL
PDW	18.3	FL	9.0-17.0				
MPV	5.0	FL	9.0-13.0				
Pemeriksaan USG Urologi				Pemeriksaan USG Urologi			
Tanggal				Tanggal			
<p><b>Lien</b> Bentuk, ukuran dan echoparenkim dalam batas normal, tidak tampak dilatasi vena lienalis. SOL (-)</p> <p><b>Ginjal Kanan</b> Ukuran ginjal dan jarak medulla kesaan normal, echodifferensiasi korteks medulla kesan baik, tidak tampak dilatasi/bendungan pada system pelvocalyceal ginjal. Enco batu (-)</p> <p><b>Ginjal Kiri</b> Ukuran ginjal dan jarak medulla kesan normal, echodifferensiasi korteks medulla kesan baik, tidak tampak dilatasi / bendungan pada system pelvocalyceal ginjal, echo batu (-)</p> <p><b>Vesica Urinorius</b> Dinding permukaan rata, menebal. Tidak nampak echo batu, SOL, maupun diverticel</p> <p><b>Prostat</b> Ukuran meembesar dengan vol 128,3 cm<sup>3</sup> Tidak nampak pematatan kelenjar getah bening paraaotae abdominalis Tidak nampak cairan bebas diruang intraperitoneal maupun pleura.</p> <p><b>Kesan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak tampak tanda-tanda bendungan maupun echo batu di kedua ginjal dan vesica urinaria</li> <li>- Hipertrofi prostat disertai cystitis</li> </ul>				<p><b>Lien</b> Bentuk, ukuran dan echoparenkim dalam batas normal, tidak tampak dilatasi vena lienalis. SOL (-)</p> <p><b>Ginjal Kanan</b> Ukuran ginjal dan jarak medulla kesaan normal, echodifferensiasi korteks medulla kesan baik, tidak tampak dilatasi/bendungan pada system pelvocalyceal ginjal. Enco batu (-)</p> <p><b>Ginjal Kiri</b> Ukuran ginjal dan jarak medulla kesan normal, echodifferensiasi korteks medulla kesan baik, tidak tampak dilatasi / bendungan pada system pelvocalyceal ginjal, echo batu (-)</p> <p><b>Vesica Urinorius</b> Dinding permukaan rata, menebal. Tidak nampak echo batu, SOL, maupun diverticel</p> <p><b>Prostat</b> Ukuran meembesar dengan vol 128,3 cm<sup>3</sup> Tidak nampak pematatan kelenjar getah bening paraaotae abdominalis Tidak nampak cairan bebas diruang intraperitoneal maupun pleura.</p> <p><b>Kesan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak tampak tanda-tanda bendungan maupun echo batu di kedua ginjal dan vesica urinaria</li> <li>- Hipertrofi prostat disertai cystitis</li> </ul>			

**Tabel 4.6**  
**ANALISA DATA KEPERAWATAN**  
**PADA PASIEN BPH POST TURP DENGAN**  
**DIAGNOSA KEPERAWATAN NYERI AKUT**  
**DIRUANG JANGER RSD MANGUSADA BADUNG**



Data	Etiologi	Masalah
<b>Pasien 1</b>		
<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan nyeri pada bekas operasinya</li> <li>- pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk –tusuk</li> <li>- pasien mengatakan nyeri dirasakan nyeri saat menggerakkan badannya</li> </ul> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis kesakkitan</li> <li>- Skala nyri 5 dari 0-10 skala yang diberikan</li> <li>- Td : 130/80 mmHg, Nadi : 80x/menit, Respirasi : 22x/menit, Suhu : 36,4°C</li> </ul>	<p>Benigna Prostat Hiperplasia</p> <p>↓</p> <p>TURP</p> <p>↓</p> <p>Trauma Jaringan</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan pelepasan mediator kimia (serotin)</p> <p>↓</p> <p>Berkaitan dengan nosireseptor</p>	Nyeri Akut
<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat produksi drainage ± 20cc</li> <li>- Pasien terpasang kateter three way dengan jumlah urine dan cairan irigasi ±1700 cc/9 jam, warna kuning kemerahan bercampur darah, konsistensi encer dan bau pesing.</li> <li>- Hasil pemeriksaan hematologi tanggal 26 maret 2019 HGB :7.9 [g/dL], HCT : 24.5[%]</li> <li>- Td : 130/80 mmHg, Nadi : 80x/menit, Respirasi : 22x/menit, Suhu : 36,4°C</li> </ul>	<p>Benigna Prostat Hiperplasia</p> <p>↓</p> <p>TURP</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya pembuluh darah</p>	Resiko Pendarahan
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sulit membolak - balikan tubuhnya</li> <li>- Pasien mengatakan semua aktivitasnya dibantu oleh keluarganya</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat lemah</li> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- TD : 130/90 mmHg, Nadi : 80x/menit, Respirasi : 22x/menit, Suhu : 36,4°C</li> </ul>	<p>Benigna prostat hyperplasia</p> <p>↓</p> <p>TURP</p> <p>↓</p> <p>Lemas Bedres Belum bisa memenuhi ADL</p>	Intoleransi Aktivitas

## - Analisa data pasien 2

Data	Etiologi	Masalah
Pasien 2		
<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasinya Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk</li> <li>- Nyeri bertambah berat ketika pasien bergerak</li> </ul> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis kesakitan</li> <li>- Skala nyeri 5 dari 0-10 skala nyeri yang dibrikan</li> </ul>	<p>Benigna Prostat Hyperplasi</p> <p>↓</p> <p>TURP</p> <p>↓</p> <p>Trauma jaringan</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan pelepasan mediator kimia (serotini)</p> <p>↓</p> <p>Berkaitan dengan nosireseptor</p>	Nyeri Akut
<p>DS :</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat produksi drainage ± 25cc</li> <li>- Pasien terpasang kateter three way dengan jumlah urine dan cairan irigasi ±1500 cc/8jam, warna kuning kemerahan bercampur darah, konsistensi encer dan bau pesing.</li> <li>- Hasil pemeriksaan hematologi tanggal 26 maret 2019 HGB :13.1 [g/dL], HCT : 39.1[%]</li> <li>- Td : 130/90 mmHg, Nadi : 84x/menit, Respirasi : 20x/menit, Suhu : 36,9°C</li> </ul>	<p>Benigna Prostat Hyperplasia</p> <p>↓</p> <p>TURP</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya pembuluh darah</p>	Resiko Perdarahan

<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sulit untuk membolak – balikan tubuhnya</li> <li>- Pasien mengatakan semua aktifitasnya dibantu oleh keluarganya</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat lemah</li> <li>- Terdapat luka post operasi di perut bagian bawah</li> <li>- Td : 130/90 mmHg, Nadi : 84x/menit, Respirasi : 20x/menit, Suhu : 36,9°C</li> </ul>	<p>Benigna prostat hyperplasia</p> <p>↓</p> <p>TURP</p> <p>↓</p> <p>Lemas Bedres Belum bisa memenuhi ADL</p>	Intoleransi Aktivitas
--	--	-----------------------

Tabel 4.7

**DIAGNOSA KEPERAWATAN**

**PADA PASIEN BPH POST TURP DENGAN**

**DIANGNOSA KEPERAWATAN NYERI AKUT**

**DIRUANG JANGER RSD MANGUSADA BADUNG**

Data	Problem (masalah)	Etiologi
PASIEN 1		
<p>DS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan pada bekas operasinya, Pasien mengatakan nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk</li> <li>2. Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada saat bergerak</li> </ol> <p>DO</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak meringis kesakitan</li> <li>2. Skala nyeri 5 dari 0-10 skala nyeri yang dibrikan</li> <li>3. Td : 130/80 mmHg, nadi 80x/menit, Respirasi : 22/menit, Suhu 36,4°C</li> </ol>	Nyeri Akut	<p>Nyeri akut berhubungan dengan spasme otot skunder akibat pembedahan ditandai dengan pasien mengataka nyeri pada bekas operasinya. Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri dirasakan saat bergerak, pasien tampak meringis kesakitan, skala nyari 5 dari 0-10 skala yang diberikan, Td : 130/80 mmHg, Nadi : 80x/menit, Respirasi 22x/menit, suhu 36,4°C.</p>
<p>DS :</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat produksi draiage ±25cc</li> <li>- Pasien terppasang kateter threee way dengan jumlah urine dan cairan irigasi ± 1700 cc/9jam, warna kuning kemerahan bercampur darah, konsistensi ecer dan bau pesing.</li> <li>- Hasil pemeriksaan hamaatologi tanggal 26 maret 2019 HGB : 17.1[g/dL] HCT : 49.6 [ % ]</li> <li>- Td : 130/80 mmHg, Nadi : 80x/menit, Respirasi : 22x/enit, Suhu : 36,4°C</li> </ul>	Resoko Infeksi	<p>Resiko pendarahan berhubungan dengan trauma efek samping perubahan yang ditandai dengan, terdapat produksi drainage ± 20cc, pasien terpasang kateter three way dengan jumlah urine dan cairan irigasi ± 1700 cc/9jam, warna kuning kemerahan bercampur darah, konsistensi encer dan bau pesing, Hasil pemeriksaan hematologi tanggal 26 maret 2019 HGB : 17.1 [g/dL], HCT 49.6 [%], Td : 130/80 mmHg, Nadi : 80 x/meniit, Respirasi : 20x/menit, Suhu : 36,4°C</p>

<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidak mampu untuk bangun dari tempat tidur</li> <li>- Pasien mengatakan semua aktifitas dibantu oleh keluarganya</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lemas</li> </ul> <p>Td : 130/80 mmHg, Nadi : 80x/menit, Respirasi : 22x/menit, Suhu : 36,4°C</p>	<p>Intoleransi Aktivitas</p>	<p>Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolic sekunder akibat pembedahan yang ditandai, pasien mengatakan tidak mampu untuk bangun dari tempat tidur, pasien mengatakan nyeri pada alat kelaminnya, pasien mengatakan semua aktifitasnya dibantu oleh keluarganya, pasien terlihat lemas, Td : 130/80 mmHg, Nadi : 80x/menit, Repirasi : 22x/menit, Suhu : 36,4°C</p>
<p>PASIEN 2</p>		
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasinya</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri bertambah berat ketika pasien bergerak</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis kesakitan</li> <li>- Skala nyeri 5 dari 0- 10 skala nyeri yang diberikan</li> <li>- Td : 130/90 mmHg, Nadi : 84x/menit, Respirasi : 20x/menit, Suhu 36,9°C</li> </ul>	<p>Nyeri Akut</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan spasme otot skunder akibat pembedahan yang ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bekas operasinya, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri bertambah berat ketika pasien bergerak, pasien tampak meringis kesakitan, skala nyeri 5 dari 0-10 skala yang diberikan, Td : 130/90 mmHg, nadi : 84x/menit, Respirasi : 20x/menit, Suhu : 36,9°C</p>

<p>DS :</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat produksi draiage ±25cc</li> <li>- Pasien terpasang kateter three way dengan jumlah urine dan cairan irigasi ± 1500 cc/jam, warna kuning kemerahan bercampur darah, konsistensi ecer dan bau pesing.</li> <li>- Hasil pemeriksaan hamaatologi tanggal 26 maret 2019 HGB : 7.6 [g/dL] HCT : 24.5 [ % ]</li> <li>- Td : 130/80 mmHg, Nadi : 84x/menit, Respirasi : 20x/menit, Suhu : 36,4<sup>0</sup>C</li> </ul>	<p>Resiko Pendarahan</p>	<p>Resiko pendarahan berhubungan dengan trauma efek samping perubahan yang ditandai dengan, terdapat produksi drainage ± 20cc, pasien terpasang kateter three way dengan jumlah urine dan cairan irigasi ± 1500 cc/9jam, warna kuning kemerahan bercampur darah, konsistensi encer dan bau pesing, Hasil pemeriksaan hematologi tanggal 26 maret 2019 HGB : 7.9 [g/dL], HCT 24.5 [%], Td : 130/90 mmHg, Nadi : 84 x/menit, Respirasi : 20x/menit, Suhu : 36,9<sup>0</sup>C</p>
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidak mampu untuk bangun dari tempat tidur</li> <li>- Pasien mengatakan semua aktifitas dibantu oleh keluarganya</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lemas, Td : 130/90 mmHg, Nadi : 80x/menit, Respirasi : 22x/menit, Suhu : 36,9<sup>0</sup>C</li> </ul>	<p>Intoleransi aktivitas</p>	<p>Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolic sekunder akibat pembedahan yang ditandai, pasien mengatakan tidak mampu untuk bangun dari tempat tidur, pasien mengatakan nyeri pada alat kelaminnya, pasien mengatakan semua akttifitasnya dibantu oleh keluarganya, pasien terlihat lemas, Td : 130/90 mmHg, Nadi : 84x/menit, Repirasi : 22x/menit, Suhu : 36,9<sup>0</sup>C</p>

**Tabel 4.8**

**RENCANA KEPERAWATAN PADA PASIEN  
BPH POST TURP DENGAN DIAGNOSA NYERI AKUT**

### DIRUANG JANGER RSD MANGUSADA

Dx Keperawatan	Kriteria Hasil	Perencanaan & Rasional
<b>PASIEN 1</b>		
<p>Nyeri akut berhubungan dengan spasme otot skunder akibat post operasi TURP</p> <p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri pasien berkurang atau terkontrol dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri nya berkurang</li> <li>2. Skala nyeri 1-3 dari skala nyeri yang diberikan</li> <li>3. Pasien tidak meringis kesakitan</li> <li>4. Tanda-tanda vital dalam batas normal khususnya TD: 110/70-120-80 mmHg, Nadi : 70-90x/menit</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi tanda-tanda vital setiap 6 jam</li> <li>2. Kaji skala nyeri pasien (PQRST) meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, faktor pencetus</li> <li>3. Beri posisi nyaman (semi fowler) pada pasien</li> <li>4. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi</li> <li>5. Delegatif dalam pemberian obat analgetik (Keterolac 30 mg)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanda – tanda vital merupakan indicator perkembangan keadaan pasien</li> <li>2. Membantu dan mengidentifikasi keefektifan dan perkembangan nyer</li> <li>3. Meningkatkan relaksasi, memfokuska kembali perhatian dan dapat meningkatkan kemampuan koping</li> <li>4. Teknik distraksi mampu mengalihkan pusat perhatian pasien sehingga tidak terpusat pada nyeri sedangkan teknik relaksasi membantu mengurangi ketegangan otot</li> <li>5. Analgetik membantu mengurangi nyeri yang dirasaka pasien</li> </ol>
<b>PASIEN 2</b>		
<p>Nyeri akut berhubungan dengan spasme otot skunder akibat pembedahan TURP</p> <p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri pasien berkurang atau terkontrol dengan kriteria</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi tanda-tanda vital setiap 6 jam</li> <li>2. Kasi skala nyeri (PQRST) meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, factor pencetus</li> <li>3. Berikan posisi nyaman</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanda-tanda vital merupakan indicator perkembangan keadaan pasien</li> <li>2. Membantu dan mengidentifikasi keefektifan dan perkembangan nyeri</li> </ol>

<p>hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyerinya berkurang</li> <li>2. Skala nyeri 1-3 dari skala yang diberikan</li> <li>3. Pasien tidak meringis kesakitan</li> <li>4. Tanda-tanda vital dalam batas normal khususnya TD : (110/70 mmHg-120/80 mmHg), Nadi : (70-90 x/menit)</li> </ol>	<p>(semi fowler) pada pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi</li> <li>5. Delegatif dalam pemberian obat analgetik (Keterolac 30 mg)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Meningkatkan relaksasi, memfokuskan kembali perhatian dan dapat meningkatkan kemampuan koping Teknik distraksi mampu mengalihkan pusat perhatian pasien sehingga tidak terpusat pada nyeri sedangkan teknik relaksasi membantu mengurangi ketegangan otot</li> <li>4. Teknik distraksi mampu mengalihkan pusat perhatian pasien sehingga tidak terpusat pada nyeri sedangkan teknik relaksasi membantu mengurangi ketegangan otot</li> <li>5. Analgetik membantu mengurangi nyeri yang dirasakan pasien</li> </ol>
---	---	--

Tabel 4.9

**PELAKSANAAN KEPERAWATAN**

**PADA PASIEN BPH POST TURP DENGAN**



## DIAGNOSA KEPERAWATAN NYERI AKUT

### DIARUANG JANGER RSD MANGUSADA BADUNG

Hari /Tgl/ Waktu	Dx	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Kamis, 21 maret 2019. Pukul 10:30 wita	1	Mengobservasi tanda- tanda vital pasien	S : - O : - Kesadaran pasien CM, TD : 130/80 mmHg, Nadi: 84x/menit, Respirasi: 20x/menit, Suhu: 36,4 <sup>0</sup> C	Triska
Pukul 10:50 wita	1	Mengkaji skala nyeri pasien PQRST	S: - Pasien mengatakan nyeri pada alat kelaminnya akibat post operasi TURP, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan saat pasien menggerakkan badannya  O: - Pasien tampak meringis kesakitan, skala nyeri 5 dari 0-10 skala yang diberikan	Triska
Pukul : 11:30 wita	1	Memberikan posisi nyaman (semi fowler)	S: - Pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan  O: - Pasien terlihat tenang	Triska
Pukul : 14:30 wita	1	Mengobservasi tanda- tanda vital pasien	S: - O: - TD: 120/80 mmHg, Nadi: 84x/menit, Respirasi: 22x/menit, Suhu: 36,6 <sup>0</sup> C	Triska
Pukul : 14:40 wita	1	Memberikan posisi nyaman (semi fowler)	S: - Pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan  O: - Pasien tampak tenang	Triska

Pukul: 14:50 wita	1	Mengajarkan tehnik distraksi dan relaksasi	S: - Pasien mengatakan senang diajarkan cara distraksi dan relaksasi O: - Pasien kooperatif dan mau melakukan apa yang diajarkan oleh perawat	Triska
Pukul: 17:00 wita	1	Delegatif dalam pemberian obat Ketorolac 30 mg (IV Perset)	S:- O: - Obat sudah dimasukan tidak ada alergi	Triska
Pukul: 20:30 wita	1	Mengobservasi tanda-tanda vital pasien	S:- O: - TD: 110/70 mmHg, Nadi: 80x/menit, Respiraasi: 20x/menit, Suhu: 36,4°C	Triska
Pukul: 23:00 wita	1	Delegatif dalam pemberian obat Ketorolac 30 mg (IV Perset)	S:- O: - Obat sudah masuk tidak ada alergi	Triska
Pukul: 06:30 wita	1	Delegatif dalam pemberian obat Ketorolac 30 mg (IV Perset)	S:- O: - Obat sudah masuk tidak ada alergi	Triska
Pukul: 08:30 wita	1	Mengobservasi tanda-tanda vital pasien	S:- O: - TD: 120/80 mmHg, Nadi: 80x/menit, Respirasi: 20x/menit, Suhu: 36,4°C	Triska
Pukul: 09:30 wita	1	Mengobservasi tanda-tanda vital pasien PQRST	S: - Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasinya, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan saat pasien menggerakkan badannya O: - Pasien tampak meringis kesakitan, skala nyeri 4 dari 0-10 skala yang diberikan	Triska

Pukul: 09:50 wita	1	Memberikan posisi nyaman (semi fowler)	S: - Pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan O: - Pasien terlihat tenang	Triska
Pukul: 14:30 wita	1	Mengobservasi tanda-tanda vital	S:- O: - TD: 120/70 mmHg, Nadi: 84x/menit, Respirasi: 22 x/menit, Suhu: 36,5°C	Triska
Pukul: 17:00 wita	1	Delegatif dalam pemberian obat ketorolac 30 mg (IV Perset)	S:- O: - Obat sudah masuk tidak ada alergi	Triska
Pukul: 20:30 wita	1	Mengobservasi tanda-tanda vital	S:- O: - TD: 110/70 mmHg, Nadi: 80x/menit, Respirasi: 20x/menit	Triska
Pukul: 06:30 wita	1	Delegatif dalam pemberian obat ketorolac 30 mg (IV Perset)	S:- O: - Obat sudah dimasukkan tidak ada alergi	Triska
Pukul: 08:30 wita	1	Mengobseervasi tanda-tanda vital	S:- O: - TD: 110/80 mmHg, Nadi: 80x/menit, Respirasi: 20 x/menit, Suhu: 36,5°C	Triska
Pukul: 09:10 wita	1	Mengkaji skala nyeri PQRST	S: - Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasinya sudah berkurang, nyeri dirasakan saat pasien menggerakkan badannya O: - Pasien sudah tidak meringis kesakitan lagi pasien terlihat sudh bisa duduk skala nyeri yang dirasakan 3 dari 0-10 skala yang diberikan	Triska
Pukul: 14:30	1	Mengobservasi tanda-	S:-	

wita		tanda vital	O: - TD: 120/80 mmHg, Nadi: 80 x/menit, Respirasi: 22 x/menit, Suhu: 36,5°C	Triska
Pukul: 17:00 wita	1	Delegatif dalam pemberian obat ketorolac 30 mg (IV Perset)	S:- O: - Obat sudah dimasukkan, tidak ada alergi	Triska
Pukul: 20:30 wita	1	Mengobservasi tanda-tanda vital	S:- O: - TD: 120/70 mmHg, Nadi; 83x/menit, Respirasi: 22x/menit, Suhu: 36,5°C	Triska
Pukul: 22:00 wita	1	Delegatif dalam pemberian obat ketorolac 30 mg (IV Perset)	S:- O: - Obat sudah dimasukkan tidak ada alergi	Triska
Pukul: 06:30 wita	1	Dif delegatif dalam pemberian obat Ketorolac 30 mg (IV Perset)	S:- O: - Obat sudah dimasukkan tidak ada alergi	Triska

## Pasien 2

Hari/Tgl/ Waktu	Dx	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
Sabtu 31 maret 2019 Pukul: 11: 00 wita	1	Mengobservasi tanda-tanda vital	S:- O: - TD: 130/90 mmHg, Nadi: 84x/menit, Respirasi: 20x/menit, Suhu: 36,9°C	Triska
Pukul: 11:10 wita	1	Mengkaji skala nyeri PQRST	S: - Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasinya, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan saat menggerakkan badannya  O: - Pasien tampak meringis kesakitan, skala nyeri yang	Triska

			dirasakan 5 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan	
Pukul: 11:40 wita	1	Memberikan posisi nyaman (semi fowler)	S: - Pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan O: - Pasien tampak tenang	Triska
Pukul: 14:30 wita	1	Mengobservasi tanda-tanda vital	S:- O: - TD: 120/70 mmHg, Nadi: 83 x/menit, Respirasi: 21 x/menit, Suhu: 36,7°C	Triska
Pukul: 14:40 wita	1	Memberikan posisi nyaman (semi fowler)	S: - Pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan O: - Pasien terlihat tenang	Triska
Pukul: 15:00 wita	1	Mengajarkan pasien tehnik distraksi dan relaksasi	S: - Pasien mengatakan senang diajarkan cara distraksi dan relaksasi O: - Pasien terlihat kooperatif dan mau mengikuti apa yang dikatakan perawat	Triska
Pukul: 17:00 wita	1	Delegatif dalam pemberian obat Ketorolac 30 mg (IV Perset)	S:- O: - Obat sudah masuk tidak ada alergi	Triska
Pukul: 20:30 wita	1	Mengobservasi tanda-tanda vital	S:- O: - TD: 120/70 mmHg, Nadi: 83 x/menit, Respirasi: 22 x/menit, Suhu: 36,6°C	Triska
Pukul: 22:00 wita	1	Delegatif dalam pemberian obat Ketorolac 30 mg (IV Perset)	S:- O: - Obat sudah masuk tidak ada alergi	Triska
Pukul: 06:30 wita	1	Delegatif dalam pemberian obat Ketorolac (IV Perset)	S:- O: - Obat sudah masuk	

			tidak ada alergi	Triska
Pukul: 08:30 wita	1	Mengobservasi tanda-tanda vital	S:- O: - TD: 110/80 mmHg, Nadi: 83x/menit, Respirasi: 20 x/menit, Suhu: 36,6°C	Triska
Pukul: 09:30 wita	1	Mengkaji skala nyeri PQRST	S: - Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasinya, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan saat pasien menggerakkan badannya O: - Pasien terlihat meringis kesakitan, skala nyeri 5 dari 0-10 skala yang diberikan	Triska
Pukul: 10:10 wita	1	Memberikan posisi nyaman (semi fowler)	S: - Pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang diberikan O: - Pasien terlihat tenang	Triska
Pukul: 14:30 wita	1	Mengobservasi tanda – tanda vital	S:- O: - TD: 120/70 mmHg, Nadi: 83x/menit, Respirasi: 21x/menit, Suhu: 36,7°C	Triska
Pukul: 17:00 wita	1	Delegatif dalam pemberian obat Ketorolac 30 mg (IV Perset)	S:- O: - Obat sudah masuk tidak ada alergi	Triska
Pukul: 20:30 wita	1	Mengobservasi tanda-tanda vital	S:- O: - TD: 110/70 mmHg, Nadi: 83x/menit, Respirasi: 22x/menit, Suhu: 36,5°C	Triska
Pukul: 22:00 wita	1	Delegatif dalam pemberian obat Ketorolac 30 mg (IV Perset)	S:- O: - Obat sudah masuk tidak ada alergi	

				Triska
Pukul: 06:30 wita	1	Delegatif dalam pemberian obat Ketorolac 30 mg (IV Perset)	S: - O: - Obat sudah masuk tidak ada alergi	Triska
Pukul: 08:30 wita	1	Mengobservasi tanda-tanda vital	S:- O: - TD: 120/70 mmHg, Nadi: 80x/menit, Respirasi: 20 x/menit, Suhu: 36,5°C	Triska
Pukul: 09:30 wita	1	Mengkaji skala nyeri PQRST	S: - Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasinya, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan saat menggerakkan badannya O: - Pasien terlihat meringis kesakitan, skala nyeri yang dirasakan 4 dari 0-10 skala yang diberikan	Triska
Pukul: 14:30 wita	1	Mengobservasi tanda-tanda vital	S:- O: - TD: 120/80 mmHg, Nadi: 82 x/menit, Respirasi: 22 x/menit, Suhu: 36,6°C	Triska
Pukul: 17:00 wita	1	Delegatif dalam pemberian Keterolac 30 mg (IV Perset)	S:- O: - Obat sudah masuk tidak ada alergi	Triska
Pukul: 20:30 wita	1	Mengobservasi tanda-tanda vital	S:- O: - TD: 120/70 mmHg, Nadi: 80x /menit, Respirasi: 20 x/menit, Suhu: 36,5°C	Triska
Pukul 22:00 wita	1	Delegatif dalam pemberian obat Ketorolac 30 mg (IV Perset)	S:- O: - Obat sudah masuk tidak ada alergi	

**Tabel 4.10**  
**EVALUASI KEPERAWATAN**  
**PADA PASIEN BPH POST TURP**  
**DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN NYERI AKUT**  
**DI RUANG JANGER RSD MANGUSADA**

Diagnosa Keperawatan	Hari 1 tanggal 21 maret 2019	Hari ke 2 tanggal 22 maret 2019	Hari ke 3 tanggal 23 maret 2019
Pasien 1 Post Op			
Nyeri Akut berhubungan dengan dengan spasme otot skunder akibat post operasi TURP, ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada luka post operasinya, pasien mengatakan nyeri dirasakan sepertitertusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri dirasakan saat bergerak, pasien tampak meringis kesakitan, skala nyeri 5 dari 0-10 skala yang diberikan, Td : 130/80 mmHg, Nadi : 80 x/menit, Respirasi : 22x/menit, Suhu : 36,4 <sup>o</sup> C	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasinya nyeri dirasakan sepertitertusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri dirasakan saat menggerakkan badannya</p> <p>O : Pasien tampak meringis, skala nyeri 5 dari 0-10 skala yang diberikan, Td : 110/70 mmHg, Nadi 80x/menit, Respirasi : 20 x/menit, Suhu : 36,4<sup>o</sup>C</p> <p>A : Tujuan 4 tercapai, tujuan 1,2,3 belum tercapai. Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan renpra 1,2,3</p>	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasinya, nyeri dirasakan sepertitertusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri dirasakan saat menggerakkan badannya</p> <p>O : Pasien tampak meringis, skala nyeri 54 dari 0-10 skala yang diberikan, Td : 110/70 mmHg, Nadi 80x/menit, Respirasi : 22 x/menit, Suhu : 36,7<sup>o</sup>C</p> <p>A : Tujuan 4 tercapai tujuan 1,2,3 belum tercapai, masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan renpra 1,2,3</p>	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasinya sudah berkurang, nyeri dirasakan saat menggerakkan badannya</p> <p>O : Pasien sudah tidak meringis kesakitan lagi, skala nyeri 3 dari 0-10 skal yang diberikan, TD : 120/70 mmHg, Nadi : 83x/menit, Respirasi : 22x/menit, Suhu : 36,6<sup>o</sup>C</p> <p>A : Tujuan 1,2,3,4 tercapai, masalah teratasi</p> <p>P : Edukasi pasien untuk minum obat penghilang nyeri dirumah secara teratur</p>



Diagnosa Keperawatan	Hari 1 tanggal 31 maret 2019	Hari 2 tanggal April 2019	Hari ke 3 tanggal 2 april 2019
Pasien 2 Post Op			
Nyeri Akut berhubungan dengan spasme otot skunder akibat post operasi TURP ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bekas operasinya, pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri dirasakan saat bergerak, pasien tampak meringis kesakitan, skala nyeri 4 dari 0-10 skala yang diberikan, Td : 130/90 mmHg, Nadi : 80x/menit, Respirasi : 22x/menit, Suhu : 36,9°C	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada bekas operasinya, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan saat menggerakkan badannya</p> <p>O : Pasien tampak meringis kesakitan, skala nyeri 5 dari 0-10 skala yang diberikan, Td : 130/90 mmHg, Nadi 80x/menit, Respirasi : 22x/menit, Suhu : 36,9°C</p> <p>A : Tujuan 4 tercapai, tujuan 1,2,3 belum tercapai, masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan renpra 1,2,3</p>	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada alat kelaminnya akibat operasi TURP, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasaakan saat menggerakkan badannya</p> <p>O : Pasien tampak meringis kesakitan, skala nyeri 4 dari 0-10 skala yang diberikan, Td : 120/70 mmHg, Nadi 83x/menit, Respirasi : 22x/menit, Suhu : 36,6°C</p> <p>A : Tujuan 4 tercapai, tujuan 1,2,3 belum tercapai, masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan renpra 1,2,3</p>	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada alat kelaminnya akibat operasi TURP sudah berkurang, nyeri dirasakan saat pasien menggerakkan badannya</p> <p>O : Pasien terlihat masih meringis kesakitan, skala nyeri 4 dari 0-10 skal yang diberikan, TD : 120/70 mmHg, Nadi : 80x/menit, Respirasi : 20 x/menit, Suhu : 36,5°C</p> <p>A : Tujuan 1 ,4 tercapai, tujuaan 2,3 belum tercapai.malah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 2,3</p>

## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

Penulis telah mampu membandingkan asuhan keperawatan pada dua pasien dengan BPH post TURP di ruang Janger RSD Mangusada Badung

1. Setelah dilakukan perbandingan pada pengkajian pasien Tn. I dan Tn. K ditemukan beberapa data yang berbeda seperti kualitas nyeri dan skala nyeri, hal ini dikarenakan respon masing-masing individu dalam menanggapi nyeri berbeda-beda
2. Setelah dilakukan perbandingan pada diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien Tn. I dan Tn. K pada post operasi TURP yaitu : Nyeri Akut, Resiko perdarahan, dan Intoleransi aktivitas.
3. Setelah dilakukan perbandingan pada perencanaan keperawatan pada pasien Tn. I dan Tn. K dengan post operasi TURP penulis dapat membuat rencana keperawatan yang mencakup rencana tujuan, rencana tindakan, dan rasional tindakan sudah sesuai dengan teori yang ada
4. Setelah dilakukan perbandingan pada pelaksanaan keperawatan pasien Tn. I dan Tn. K, untuk diagnosa post operasi TURP, Nyeri Akut, Resiko perdarahan, Intoleransi Aktivitas semua rencana yang telah disusun untuk mengatasi masalah tersebut dapat dilakukan dengan baik, pada diagnosa Resiko perdarahan rencana tindakan yang tidak dapat dilakukan adalah kolaborasi dalam pemeriksaan lab terutama WBC, HGB, HCT.
5. Setelah dilakukan perbandingan pada evaluasi keperawatan pasien Tn.I dapat disimpulkan bahwa evaluasi keperawatan untuk diagnosa Nyeri

Akut, Resiko Perdarahan, dan intoleransi aktivitas dapat dicapai sesuai dengan kriteria hasil dan waktu yang telah direncanakan . sedangkan pada pasien Tn K dapat disimpulkan bahwa evaluasi untuk diagnosa Resiko perdarahan, dapat dicapai sesuai dengan kriteria hasil dan waktu yang telah direncanakan, sedangkan Nyeri akut dan Intoleransi Aktivitas dapat tercapai sebagian karena pada evaluasi belum sesuai dengan kriteria hasil hasil yang telah ditentukan.

#### **B. Saran**

Berdasarkan pada masalah dari kendala yang penulis hadapi selama memberikan asuhan keperawatan pasien Tn. I dan Tn. K di ruangan maka penulis dapat memberikan saran yaitu :

##### 1. Bagi RSD Mangusada Badung

Agar tetap mempertahankan ataupun meningkatkan kualitas mutu pelayanan kesehatan pada rumah sakit yang saat ini sudah diterapkan secara baik oleh pengelola rumah sakit

##### 2. Bagi Perawat di Ruang Janger RSD mangusa Badung

Mempertahankan kinerja dan pelayanan profesional keperawatan dalam pemberian asuha keperawatan baik pada pasien yang mengalami BPH post TURP maupun pada kasus-kasus lainnya.

##### 3. Bagi institusi Stikes Bali

Mempertahankan kinerja yang sudah baik dalam rangka penyusunan panduan sistematika penulisan Studi Kasus dan memaksimalkan penyusunan panduan sintematika penulisan yang sudah ada dengan inovasi-inovasi baru agar nantinya dapat

dipertanggung jawabkan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedepannya.

4. Bagi pasien Tn. I dan Tn. K
  - a. Diharapkan pasien dapat mengikuti segala apa yang telah dijelaskan oleh perawat dan keluarga terus memberikan dukungan dan perhatian kepada pasien demi tercapainya kesembuhan dan kondisi pasien yang optimal
  - b. Diharapkan agar keluarga mampu melaksanakan perawatan dan mencegah terhadap sakit serta meningkatkan derajat kesehatan pasien . Diharapkan keluarga tetap melanjutkan pengobatan dirumah dengan selalu kontrol scara teratur setelah pasien diperbolehkan untuk pulang.

## **B. Pembahasan**

Pembahasan merupakan analisa antara penerapan teori dengan praktek secara nyata. Berdasarkan uraian yang telah dipaparkan pada bab II menurut tinjauan teoritis dan tinjauan khusus yang nyata ditemukan diruangan , maka pada bab ini penulis akan membandingkan 2 pasien dengan kasus yang sama dan mengurangi kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ditemukan pada khusus pasien Tn. I dan Tn. K dengan post TURP diruang Janger RSD Mangusada Badung dan dibahas secara bertahap sesuai dengan tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal pada proses asuhan keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status pasien.

Pengkajian dilakukan pada dua pasien. Pengkajian pasien 1 dilakukan pada tanggal 21 maret 2019. Pada pasien 2 pengkajian dilakukan pada tanggal 31 maret 2019. Pengkajian ini dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi.

Factor pencetus munculnya nyeri yang dialami oleh kedua pasien diakibatkan oleh proses pembedahan TURP. Proses pembedahan merupakan proses untuk menghilangkan pembesaran kelenjar jinak pada prostat dengan tindakan pembedahan pada prosedur TURP menyebabkan luka karena insisi pembedahan. Adanya luka atau kerusakan jaringan akan

melepaskan bahan kimia endogen yang dapat mempengaruhi keberadaan nosiseptor yang merupakan saraf aferen primer untuk menerima dan menyalurkan rangsangan nyeri. Zat kimia yang merangsang nyeri yaitu bradikinin, serotonin, histamin, ion kalium, asam, asetilkolin dan enzim proteolitik. Prostaglandin dan substansi akan meningkatkan ujung-ujung serabut nyeri sehingga terjadi nyeri menusuk setelah terjadi cedera (Guyton & Hall, 2008 dalam jurnal Wantonoro, 2015). Dapat disimpulkan pencetus nyeri terjadi akibat proses pembedahan.

Kualitas yang dirasakan pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu sama yaitu dirasakan seperti tertusuk-tusuk oleh karena post TURP. Prosedur pembedahan TURP menimbulkan luka bedah yang akan mengeluarkan mediator nyeri. Adanya luka atau kerusakan jaringan akan melepaskan bahan kimia endogen yang dapat mempengaruhi keberadaan nosiseptor yang merupakan saraf aferen primer untuk menerima dan menyalurkan rangsangan nyeri. (Guyton & Hall, 2008 dalam jurnal Wantonoro). Nyeri yang dirasakan biasanya bersifat nyeri somatic superfisial yang diakibatkan stimulasi terhadap kulit seperti laserasi, luka bakar, dan sebagainya. Nyeri somatic superficial memiliki durasi yang pendek, terlokalisasi, sensasi yang tajam dan menusuk (Szallasi A, 2010). Berdasarkan teori tersebut dapat disimpulkan bahwa kualitas nyeri yang dirasakan pasien post TURP adalah nyeri yang tertusuk-tusuk.

Daerah nyeri yang dirasakan oleh kedua pasien yaitu nyeri dibekas operasinya. Nyeri tersebut biasa terjadi pasca operasi, pasca operasi ada rasa nyeri yang sering kali ditimbulkan akibat jahitan atau tindakan medis

berkaitan dengan pemulihan/tindakan operasi yang dilakukan (Mayangsari, 2016). Menurut teori Anatomi Diagnosa adalah sebuah ilustrasi yang tepat untuk menentukan lokasi nyeri. Nyeri yang dirasakan pada kedua pasien disebabkan karena usai menjalani pembedahan dengan memasukan rektoskopi melalui uretra untuk mengeksisi dan mengkauterisasi atau mereksesi kelenjar prostat yang obstruksi. Prosedur pembedahan TURP menimbulkan luka bedah yang akan mengeluarkan mediator nyeri dan menimbulkan nyeri pasca bedah (purnomo, 2009).

Waktu nyeri yang dirasakan oleh pasien 1 dan pasien 2 adalah sama yaitu pada saat menggerakkan badannya, dimana kedua pasien melakukan proses pembedahan TURP. TURP merupakan prosedur baku dalam penatalaksanaan hiperplasi prostat yang disertai retensi urine akut berulang atau kronis. Prosedur TURP dilakukan dengan menggunakan resectroskop dimana alat ini dapat memotong jaringan yang menonjol kedalam uretra dalam bentuk potongan-potongan kecil. Potongan jaringan hasil reseksi kemudian di evakuasi dari kandung buli-buli dengan menggunakan cairan irigasi sehingga pasien terpasang kateter three way. Adapun komplikasi yang muncul dari tindakan pembedahan TURP yaitu perdarahan, trauma pada uretra, dan perforasi prostat atau buli. Berdasarkan teori tersebut dapat disimpulkan bahwa nyeri dirasakan pada kedua pasien diakibatkan oleh terpasangnya kateter three way, dimana pada saat pasien bergerak maka selang kateter three way akan ikut bergerak dan menggesek uretra yang mengalami trauma, sehingga akan menimbulkan nyeri pada pasien setiap kali bergerak.

Berdasarkan tabel 4.1 terdapat perbedaan usia dimana pasien 1 (Tn .I) berumur 77 tahun dan pasien 2 (Tn. K) berumur 67 tahun. Menurut (Samidhin dan Romadhon, 2015 dalam Apriana, 2017). penyakit BPH dialami oleh laki-laki diatas 40 tahun. Pada laki-lai diatas 40 tahun, dimana terjadi pembesaran pada kelenjar prostat akibat hyperplasia jinak dari sel-sel yang biasa terjadi pada laki-laki berusia lanjut. Jika diantara ke-2 kasus dan teori dapat disimpulkn bahwa usia diatas 40 tahun rentan terkena penyakit BPH.

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, terutama pada anak-anak dan lansia menurut ( Perry & Potter, 2006 dalam Dahlan, 2015). perbedaan perkembangan mempengaruhi bagaimana individu bereaksi terhadap nyeri. Seiring dengan bertambahnya usia maka individu cenderung mempunyai pengalaman yang lebihh dalam merasakan nyeri dari pada usia sebelumnya sehingga memberikan pengalaman secara psikologis dan mempunyai kemampuan beradaptasi terhadap nyeri yang dirasakan. Menurut (Pickering, 2005 dalam Macintyre, Schug, Scott, Visser & Walker, 2010). Bahwa usia dewasa akan lebih mempunyai persepsi dan respon yang jelas untuk memahami, merasakan, dan mengekspresikan nyeri yang dialaminya baik secara verbal maupun non verbal bila dibandingkan dengan usia sebelumnya.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan yang menjelaskan status kesehatan baik actual maupun potensial. Perawat memakai proses keperawatan dalam mengidentifikasi dan mensintesa data klinis dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan,



atau mencegah masalah kesehatan klien yang menjadi tanggung jawabnya (Nurarif & Kusuma, 2015)

Berdasarkan teori (Doenges, 2014 : Carpenito, 2014 : NANDA NIC NOC, 2015). Terdapat tujuh masalah keperawatan. Dimana 3 masalah keperawatan pada tinjauan teori ada pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu nyeri akut, resiko perdarahan, dan intoleransi aktivitas. Sedangkan masalah yang tidak muncul pada pasien 1 ada pada teori yaitu: Resiko infeksi berhubungan dengan tempat masuknya mikroorganisme sekunder terhadap pembedahan, Karena pada saat pengkajian tidak ditemukan tanda-tanda infeksi seperti calor, rubor, dolor, tumor, dan functio laesa. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kekurangannya informasi tentang tindakan post operasi TURP, karena saat pengkajian pada pasien 1 mengatakan sudah mengetahui tentang penyakitnya , penyebab, dan pengobatannya. Resiko kekurangan volume cairan tidak ditemukan pada kedua pasien. Resiko kekurangan volume cairan terjadi jika air dan elektrolit hilang pada proporsi yang sama ketika mereka berada pada cairan tubuh normal sehingga rasio elektrolit serum terhadap sama. Gangguan ini diawali dengan kehilangan cairan intraseruler menuju intravaskuler sehingga menyebabkan penurunan cairan ekstraseruler. Defisit volume cairan disebabkan oleh beberapa hal, yaitu kehilangan cairan abnormal melalui kulit, penurunan asupan cairan, dan perdarahan. Etiologi pada kekurangan volume cairan ini adalah penurunan pemasukan, turgor kulit tidak elastis, penurunan tekanan darah, temperatur tubuh meningkat. Sedangkan pada saat pengkajian mukosa bibir pasien lembab, tanda-tanda vital pasien yaitu

: pada pasien 1 : TD : 130/80 mmHg, Nadi : 80 x/menit, Respirasi : 22 x/menit, Suhu : 36,4°C. dan pasien 2 : TD : 130/90 mmHg, Nadi : 84 x/menit, Respirasi : 20 x/menit, Suhu : 36,9°C, trgor kulit elastis, CRT < 2 detik, cm > (Brunner & Suddarth, 2012)

### 3. **Perencanaan**

Perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, atau mengkoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosa keperawatan (Doenges, 2014 : Carpenito, 2014 : NANDA NIC NOC, 2015).

Berdasarkan keluhan yang dirasakan oleh pasien 1 post operasi adalah nyeri akut yang muncul menjadi prioritas utama, karena nyeri yang dirasakan oleh pasien termasuk skala nyeri 5 (sedang) jika tidak ditanggulangi akan mengganggu kenyamanan pasien. Tindakan pembedahan pada prosedur TURP menyebabkan luka karena insisi pembedahan. Adanya luka akan melepaskan bahan kimia endogen yang dapat mempengaruhi keberadaan nosiseptor yang merupakan saraf aferen primer untuk menerima dan menyalurkan rangsangan nyeri. (Guyton & Hall, (2008) dalam Dahlan, 2015).

Berdasarkan keluhan yang dirasakan oleh pasien 2 post operasi adalah nyeri akut perioritas utama karena nyeri yang dirasakan oleh pasien termasuk skala nyeri 5 (sedang) jika tidak ditanggulangi akan mengganggu kenyamanan pada pasien.

Berdasarkan teori, perencanaan pada post operasi untuk pasien 1 dan pasien 2 sudah sesuai rencana yaang terdapat pada teori. (Dongoes, 2012).

### 4. **Pelaksanaan**

Pelaksanaan atau implementasi keperawatan adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap

implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping (Nursalam, 2013).

Pelaksanaan keperawatan pada pasien 1 post operasi dilakukan pada tanggal 21 maret 2019. Sedangkan pasien 2 pelaksanaan keperawatan post operasi 31 maret 2019. Untuk perawatan pasien diruangan secara komprehensif selama 24 jam tidak bisa dilakukan karena keterbatasan dari jadwal dinas yang hanya 8 jam dan untuk perawatan selanjutnya dilimpahkan pada perawat lainnya yang bertugas pada shift berikutnya dimana tujuan dari perencanaan ini adalah untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal dan dikerjakan dengan metode tim.

Pelaksanaan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang disusun. Karena didukung oleh situasi dan kondisi, respon pasien yang kooperatif serta kerja sama yang baik dari tim ruangan, sehingga dalam pelaksanaannya tidak menemukan hambatan.

## **5. Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan untuk menilai keberhasilan dari tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan sesuai dengan kriteria tujuan pada rencana keperawatan. Penulis mengevaluasi masalah keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 dengan diagnosa medis post TURP diruang janger RSD Mangusada Badung pada pasien 1 post operasi pada tanggal 21-23 maret 2019, pada pasien 2 post operasi pada

tanggal 31 maret – 2 april 2019 yang telah dilaksanakan. Evaluasi yang dilaksanakan disini adalah evaluasi tiap hari atau evaluasi formatif dan evaluasi akhir atau evaluasi sumatif

Evaluasi pada pasien 1 dilaksanakan pada tanggal 23 maret 2019 post operasi ada 3 yaitu nyeri akut teratasi, resiko perdarahan teratasi, dan intoleransi aktivitas juga teratasi

Pada pasien 2 evaluasi dilakukan pada tanggal 2 april 2019 dengan 3 diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut belum teratasi karena pasien masih meringis kesakitan dan skala nyeri 4 dari 0-10 skala yang diberikan, resiko perdarahan teratasi, dan intoleransi aktivitas belum teratasi karena pasien belum bisa memenuhi kebutuhan seperti makan, minum dengan mandiri.

## DAFTAR PUSTAKA

Andara & Yessie,(2013).*keperawatan medikal bedah I*.Yogyakarta:Nuha Medika.

Eko Prabowo,(2014). *Asuhan keperawatan sistem perkemihan* hal:13

Doenges,M.E.(2014) *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman Untuk perencanaan dan*

Nursalam.(2011) *proses dokumentasi keperawatan*. Jilid 2.jakarta:salemba medika

*PendokumentasianPrawatan Pasien (Ester, Y., asih M.,Ed.)* (Edisi 3). Jakarta : EKG

Joice M & Jane H(2014).*Keperawatan medikel bedah*.jakarta: Salema Medika

Putri & Wijaya,(2013),*keperawatan medikel bedah*.hal:96

Putri,Rahma,dkk,(2018).*Hubungan Prostate Volume dan Intravesculer Prostatic Protrusion terhadap International Prostate Symptom Score Pada Pasien Benign Prostate hyperplasia*.Diakses pada patangga 21 januari 2018 dari <http://e-jurnal> Pustaka Kesehatan,vol.6(no.1), januari 2018

## ***MOTTO***

*“Sebuah mimpi tidak akan begitu saja menjadi kenyataan*

*Sukses tidak akan datang bagi mereka yang hanya menunggu tanpa berbuat apa,*

*Tapi sebuah mimpi dan kesuksesan*

*Dapat diraih jika kita bekerja keras*

*Dan diiringi dengan doa”*

## **PENJELASAN MENGIKUTI PENELITIAN**

### **(PSP)**

1. Saya adalah peneliti berasal dari institusi atau jurusan atau program studi Diploma III Keperawatan STIKES BALI dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul “**Asuhan Keperawatan Pada Pasien BPH Post TURP Dengan Diagnosa Nyeri Akut Di Ruang Janger RSD Mangusada Badung**”.
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah dapat mengetahui gambaran umum tentang asuhan keperawatan pada pasien BPH post TURP dengan diagnosa keperawatan nyeri akut diruang Janger RSD Mangusada Badaung yang dapat memberi manfaat berupa menabahnya wawasan dalam ilmu keperawatan mengenai peran perawat dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada pasien BPH post TURP, penelitian ini akan berlangsung selama 3 minggu
3. Prosedur mengambil bahan data dengan cara wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung kurang lebih 15-20 menit. Cara ini menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan atau pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan atau tindakan yang diberikan

5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini silahkan menghubungi peneliti pada nomor Hp : 085738007046

PENELITI

Diah Triska Indriani

NIM : 16E11549