

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
OPEN PROSTATEKTOMI DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG
WIJAYA KUSUMA II
DI RSUD CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli
Madya Keperawatan (A.Md.Kep) pada prodi D III Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Oleh

MUHAMMAD AMIN NUR

AKX.15.060



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN STIKES
BHAKTI KENCANA BANDUNG 2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI OPEN
PROSTATEKTOMI DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
NYERI AKUT DI RUANG WIJAYA KUSUMA II
DI RSUD CIAMIS**

**MUHAMMAD AMIN NUR
AKX 15.060**

**KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL, 23 APRIL 2018**

Oleh

Pembimbing Ketua



Tuti Suprapti., S.Kp., M.Kep

NIK :1011603

Pembimbing Pendamping

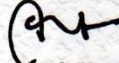


Drs, Rachwan H, M.Kes

NIK : 10115175

Mengetahui

Prodi DIII Keperawatan
Ketua,



Tuti Suprapti., S.Kp., M.Kep

NIK : 1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI OPEN
PROSTATEKTOMI DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
NYERI AKUT DI RUANG WIJAYA KUSUMA II
DI RSUD CIAMIS**

Oleh :
Muhammad Amin Nur
AKX.15.060

Telah diuji
Pada tanggal, 26 April 2018

Panitia Penguji

Ketua : Tuti Suprapti., S.Kp., M.Kep
(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. Ade Tika Herawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
(Penguji I)
2. Rizki Muliani, S.Kep., Ners., MM
(Penguji II)
3. Drs. Rachwan H, M.Kes
(Pembimbing Pendamping)

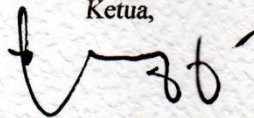

.....

.....

.....

.....

Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,



Rd.Siti Jundiah, S.Kep., M.Kep
NIK : 10107064

SURAT PERNYATAAN PENULIS

Dengan ini saya,

Nama : Muhammad Amin Nur
NPM : AKX.15.060
Program Studi : D III Keperawatan
Judul Skripsi : **Asuhan keperawatan pada klien post op open prostatektomi dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma II RSUD Ciamis**

Menyatakan

1. Tugas Akhir saya ini adalah asli dan belum pernah di ajukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di Program Studi D III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun diperguruan tinggi lainnya.
2. Tugas Akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat / jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, April 2018

Vanc Membuat Pernyataan

Muhammad Amin Nur

ABSTRAK

Latar Belakang: *Benigna Prostat Hyperplasia* (BPH) merupakan suatu penyakit pembesaran atau hipertropi dari prostat. Hyperplasia merupakan pembesaran ukuran sel (kualitas) dan diikuti oleh penambahan jumlah sel. *Benigna Prostat Hyperplasia* (BPH) seringkali menyebabkan gangguan dalam eliminasi urine karena prostat membesar cenderung ke arah depan atau menekan visika urinaria. Relaksasi progresif meliputi kombinasi latihan pernafasan yang terkontrol dan rangkaian kontraksi serta relaksasi kelompok otot. **Tujuan;** Untuk memperoleh pengalaman melakukan asuhan keperawatan pada klien post operasi BPH dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Metode:** studi kasus ialah suatu penyelidikan intensif tentang individu, dan atau unit sosial yang dilakukan secara mendalam dengan menemukan semua verbal penting tentang perkembangan individu atau unit sosial yang diteliti. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien post operasi open prostatektomi dengan masalah keperawatan. **Hasil:** Setelah dilakukan pengkajian ditemukan masalah Nyeri Akut. Setelah dilakukan perawatan dengan intervensi keperawatan, masalah keperawatan pada Nyeri akut pada kasus dapat teratasi dihari ke 3 dan pada kasus kedua masalah keperawatan Nyeri akut dapat teratasi dihari ke 3 dari faktor usia, kemampuan klien untuk mengontrol nyeri, serta kemampuan klien dalam memahami relaksasi progresif dengan mudah, sehingga memberikan hasil yang maksimal dalam penurunan intensitas nyeri dengan relaksasi progresif. **Diskusi :** klien dengan masalah keperawatan Nyeri akut tidak memiliki respon yang sama pada pasien post operasi open prostatektomi hal ini dipengaruhi oleh status kesehatan klien dan kondisi kesehatan sebelumnya. Dan penulis berharap kepada para perawat agar senantiasa tidak melupakan prinsip septic dan aseptik dalam melakukan setiap tindakan untuk mencegah hal yang tidak diharapkan serta selalu melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif untuk menangani masalah keperawatan setiap pasien.

Kata kunci : Benigna Prostat Hyperplasia (BPH), Nyeri akut, Asuhan Keperawatan, Prostatektomi.

Daftar Pustaka : 6 Buku (2010-2014), 4 Jurnal (2015-2017), Website 3, Gambar 3, Tabel 14

ABSTRACT

Background: *Benigna Prostat Hyperplasia* (BPH) is an enlargement disease or hypertropi from prostate. Hyperplasia is the enlargement of cell size (quality) and followed by the addition of cell. *Benigna Prostat Hyperplasia* (BPH) often cause disruption in urine elimination because the enlarged prostate tends towards the front or compresses the urine viscera. The progressive relaxation includes a combination of controlled breathing exercise and a series of contractions as well as relaxation of muscle groups. **The purpose:** To get the experience in doing the nursing to postoperative client BPH with the nursing of acute pain. **Method:** The cause study is an intensive investigation of individuals and or social units that be hold in depth by finding all the importance verbal about the development of the individual or social unit under study. This study case was conducted on two past patients with open prostatectomy with the nursing problem. **The result :** after doing the research the writer found the acute pain. After treatment with nursing intervention, the problem of nursing to acute pains for the problem can be solved to the third day and the second nursing problems acute pain can be resolved in the three day of age, the ability client in understanding the progressive relaxation easily, this providing maximum results in decreased pain intensity with progressive relaxation. **Discussion :** the client with the pain nursing acute problem does not have the same response to the post operative client's health status and previous health condition before. The writer hope to the nurses in order that they do not forget the principle of septic and aseptik in doing every action to prevent unexpected things and always do nursing care comprehensively to handle the nursing problem every patient.

Key word : *Benigna Prostat Hyperplasia* (BPH), Acute pain, Prostatectomy nursing Bibliography

: 6 Books (2010-2014), 4 Journals (2015-2017), Website 3

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Open Prostatektomi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Wijaya Kusuma II RSUD Ciamis ”**. Dengan sebaik baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada:

1. H. Mulyana SH.MPd.,MH.Kes. selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana.
3. Tuti Suprpti, S.Kp.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Tuti Suprpti, S.Kp.,M.Kep selaku Pembimbing Utama dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Drs. Rachwan M.Kes selaku Pembimbing Pendamping dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Tating, S.Kep, Ners,. selaku CI ruangan Wijaya Kusuma II yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
8. Tn.K dan Tn. S yang bekerja sama dengan penulis selama pemberian asuhan keperawatan.
9. Seluruh staf dan dosen pengajar di Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi STIKes Bhakti Kencana Bandung.

10. Kedua orang tuaku yang tercinta Bapak Arfa dan Ibuku Rafiah yang membesarkan, membimbing serta memberikan dorongan motivasi dan mendoakan penulis sehingga dapat menyelesaikan pendidikan ini. Kepada Adik-adikku Sitti Qayimah, Nur Safitri, dan Muhammad Nuzul Ramadan beserta seluruh anggota keluarga yang selalu memberi semangat dan motivasi untuk penulis.
11. Para senior dan sahabat sekaligus keluarga, Rizky, Afrizal, Yolana, Whempi, Nisya, Usi, Tri.YN, Ray, Regar, Faisal, Dicky, Kossan Pak Dokter dan *Scout Community* Konawe yang ikut memotivasi penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Teman-teman seperjuangan Anestesi Bandung angkatan XI tahun 2015 yang bersama-sama berjuang dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
13. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu.
Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis ilmiah yang lebih baik.

Bandung, April 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PESETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
D. Manfaat	5
1. Manfaat Teoritis	5
2. Manfaat Praktis	5

BAB II TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar BPH	
a. Benigna Prostate Hyperplasia (BPH)	7

a. Anatomi dan Fisiologi	7
b. Definisi 8	
c. Etiologi	9
d. Derajat Benigna Hyperplasi	10
e. Patofisiologi	10
f. Manifestasi Klinis	14
g. Penatalaksanaan.....	15
h. Pemeriksaan Penunjang	17
b. Post Open Prostatektomi	20
a. Definisi	20
b. Macam-macam Prostatektomi	21
c. Dampak	22
d. Indikasi	23
B. Konsep Dasar Nyeri	
a. Definisi	24
b. Sifat Nyeri	24
c. Klasifikasi Nyeri	24
d. Pengkajian	25
e. Penanganan Nyeri	26
f. Relaksasi Progresif	26
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	
a. Pengkajian	27
b. Diagnosa Keperawatan	28
c. Perencanaan	28

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian	44
B. Batasan istilah	44
C. Responden/Subyek Penelitian	45
D. Lokasi dan Waktu Penelitian	45
E. Pengumpulan Data	45
F. Uji Keabsahan Data	45
G. Analisa Data	46
H. Etika Penelitian	47

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil	
1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data	49
2. Pengkajian	50
3. Analisa Data	58
4. Diagnosa Keperawatan	61
5. Perencanaan	63
6. Implementasi	67
7. Evaluasi	70
B. Pembahasan	
1. Pengkajian Keperawatan	71
2. Diagnosa Keperawatan	72
3. Perencanaan	74
4. Tindakan	75
5. Evaluasi	76

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	79
B. Saran	81

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Prostat	7
Gambar 2.2 Pemeriksaan Colok Dubur	17
Gambar 2.3 Biopsi Prostat	19

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Identitas Klien	50
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan	50
Table 4.3 Perubahan Aktivitas Sehari-hari	52
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik	54
Tabel 4.5 Pemeriksaan Psikologi	57
Tabel 4.6 Hasil Pemeriksaan Diagnostik	58

Tabel 4.7 Pengobatan dan Penatalaksanaan Medis	58
Tabel 4.8.1 Analisa Data Klien 1	59
Tabel 4.8.1 Analisa Data Klien 2	60
Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan	61
Tabel 4.10 Perencanaan	64
Tabel 4.11.1 Implementasi Klien 1	68
Tabel 4.11.2 Implementasi Klien 2	69
Tabel 4.12 Evaluasi	71

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	
Pathway.....	13

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	: Lembar Bimbingan
Lampiran II	: Lembar Observasi
Lampiran III	: Surat Persetujuan dan Justifikasi Kasus
Lampiran IV	: Jurnal
Lampiran V	: Satuan Acara Penyuluhan (SAP)
Lampiran VI	: Leaflet
Lampiran VI I	: Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran VI II	: Lampiran Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Benigna Prostat Hyperplasia (BPH) merupakan suatu penyakit dimana terjadi pembesaran dari kelenjar prostat akibat hyperplasia jinak dari sel-sel yang bisa terjadi pada laki-laki berusia lanjut. Kelainan ini di tentukan pada usia 40 tahun dan frekuensinya makin bertambah sesuai dengan penambahan usia, sehingga pada usia di atas 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 ke atasmengalami gangguan berupa pembesaran kelenjar prostat (Samida & Romadhon, 2015).

Kelenjar prostat merupakan suatu organ genetalia pria yang terletak sebelah inferior buli-buli melingkari uretra posterior. Bila mengalami pembesaran maka akan menyumbat uretra dan menghambatnya aliran urine keluar dari buli-buli. Bentuknya sebesar buah kenari dengan berat normal pada orang dewasa 20 gram (Muttakin , 2014).

Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2013, memperkirakan terdapat sekitar 70 juta kasus degenerative. Salah satunya adalah BPH, dengan insidensi Negara maju sebanyak 19% sedangkan dinegara berkembang sebanyak 5,35% kasus yang ditemukan pada pria lebih dari 65 tahun dan dilakukan pembedahan setiap tahunnya.

1

Di Indonesia BPH merupakan penyebab angka kesakitan nomor dua terbanyak setelah penyakit batu pada saluran kemih. Tahun 2013 di Indonesia terdapat 9,2 juta kasus BPH, diantaranya diderita pada pria berusia diatas 60 tahun. Di Jawa Timur terdapat 672.502 kasus BPH pada tahun 2013. Di Ngawi jumlah klien yang ada diruangan bedah pada tahun 2013 sebanyak 70 kasus. Pada tahun 2014 sebanyak 45 kasus BPH (Riskesdas,2013).

Berdasarkan hasil laporan ruangan Wijaya Kusuma II RSUD Ciamis pada dari bulan januari – desember tahun 2016 kasus bedah yang menempati urutan pertama yaitu kasus HIL dengan 135 kasus sedangkan angka kejadian BPH di RSUD Ciamis menempati urutan ke-4 dengan jumlah 49 kasus dengan presentase 9,0% dari 543 kasus pembedahan (Medical Record RSUD Ciamis 2016).

Berbagai factor resiko yang terkait dengan terjadinya kanker prostat adalah umur, ras dan riwayat kangker prostat di keluarga. Umumnya kangker prostat mengenai pria dewasa tua dengan puncak pada umur 65-75 tahun (Solang dkk, 2016). BPH dapat menyebabkan penekanan pada ureter di tempat ureter menembus prostat, keluhan yang biasa muncul dari obtruksi ini adalah dorongan mengejan saat miksi yang kuat, berkemih jadi sulit, mengurangi kekuatan aliran urine, atau menyebabkan urine menetes. Pada pasien BPH menimbulkan penekanan prostat dan jaringan sekitar, sehingga menimbulkan iritasi pada mukosa uretra. Inilah nantinya akan menyebabkan

keluhan frekuensi, urgensi, inkontinensia urgensi, dan noktoria. (Muttakin , 2014)

Masalah yang sering muncul pada klien BPH antara lain: perubahan pola eliminasi, perubahan rasa nyaman nyeri, cemas karna adanya perubahan fungsi tubuh, aktivitas seksual terganggu, serta dapat muncul masalah infeksi. Peran perawat dalam hal ini, membantu klien dalam memenuhi kebutuhan pre dan post operasi (Doenges dkk,2012)

Pasca pembedahan (pasca operasi) pasien merasakan nyeri hebat dan 75% penderita mempunyai pengalaman yang kurang menyenangkan akibat pengelolaan nyeri yang tidak adekuat (Pinandita dkk, 2012). Penanganan nyeri dapat menggunakan terapi non farmakologi sebagai pendamping terapi farmakologi. Prosedur farmakologi dilakukan dengan pemberian analgetik, sedangkan non farmakologi dapat dilakukan dengan cara relaksasi, teknik nafas dalam, massage, akupresure, , terapi genggam jari, terapi musik (Ma'rifah, 2014)

Salah satu teknik yang sering digunakan untuk mengatasi nyeri adalah dengan teknik relaksasi, teknik relaksasi saat ini terus berkembang menjadi beberapa teknik, salah satunya adalah relaksasi progresif yang dapat menurunkan intensitas nyeri. Merelaksasikan otot-otot selama latihan, saat klien mencapai relaksasi penuh, maka persepsi nyeri berkurang dan rasa cemas terhadap pengalaman nyeri menjadi minimal selain itu terapi relaksasi progresif dapat menimbulkan efek rileks pada pasien pada pasien sehingga rasa tidak nyaman nyeri post operasi menjadi berkurang akibat rileks tersebut (Aprina dkk, 2017).

Melihat fenomena di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan tindakan “Asuhan keperawatan pada klien post op open prostatektomi dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma II RSUD Ciamis”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas bagaimanakah “Asuhan keperawatan pada klien post op open Prostatektomi dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma II RSUD Ciamis?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Melakukan Asuhan Keperawatan secara komprehensif dengan pendekatan asuhan keperawatan pada klien post op open prostatektomi dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma II RSUD Ciamis.

2. Tujuan khusus

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis berharap dapat melaksanakan :

- 1) Melakukan pengkajian pada asuhan keperawatan pada klien post op open prostatektomi dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma II RSUD Ciamis.
- 2) Menetapkan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan pada klien post op open prostatektomi dengan masalah

keperawatan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma II RSUD Ciamis.

- 3) Menyusun perencanaan tindakan keperawatan pada asuhan keperawatan pada klien post op open prostatektomi dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma II RSUD Ciamis.
- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan pada asuhan keperawatan pada klien post op open prostatektomi dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma II RSUD Ciamis.
- 5) Melakukanevaluasi tindakan pada asuhan keperawatan pada klien post op open prostatektomi dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma II RSUD Ciamis.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini di harapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran dan informasi dalam asuhan keperawatan pada post operasi open prostatkctomi dengan masalah keperawatan nyeri akut.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil keperawatan ini di harapkan mampu menjadi salah satu contoh intervensi non farmakologi penatalaksanaan untuk pasien post op open prostatektomi dengan masalah keperawatan nyeri akut.

b. Peneliti

Mengaplikasikan ilmu yang di peroleh dalam perkuliahan khususnya dalam bidang penelitian serta memberi bahan masukan dalam perbandingan bagi peneliti selanjutnya. Peneliti diharapkan dapat memberikan tambahan data baru yang relevan terkait dengan penatalaksanaan pasien post op open prostatektomi dengan masalah keperawatan nyeri akut.

c. Rumah Sakit

Dapat memberikan informasi kepada tenaga kesehatan atau instansi kesehatan lainnya sebagai salah satu bekal dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya pada pasien post op open prostatektomi.

d. Institusi Pendidikan

Diharapkan asuhan keperawatan ini dapat menjadi referensi bacaan ilmiah mahasiswa untuk mengaplikasikan asuhan keperawatan dengan nyeri akut pada klien post open prostatektomi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar BPH

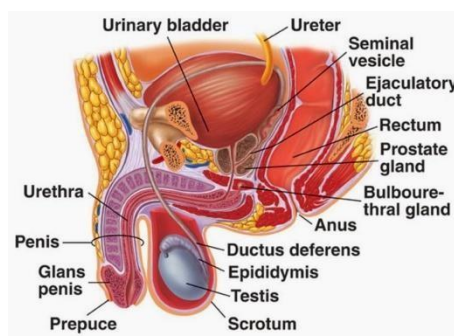
1. Benigna Prostate Hiperplasia (BPH)

a. Anatomi dan Fisiologi

Kelenjar prostat terletak di bawah kandung kemih dan mengelilingi atau mengitari uretra posterior dan di sebelah proksimalnya berhubungan dengan buli-buli, sedangkan bagian distalnya kelenjar prostat ini menempel pada diafragma urogenital yang sering disebut otot dasar panggul. (Sugeng Jitowiyono, 2012).

Anatomi Prostat

Gambar 2.1



Sumber: Zainal Mutakin, 2012

Kelenjar ini pada laki-laki dewasa kurang lebih sebesar buah kemiri atau jeruk nipis. Ukuran panjangnya sekitar 4-6 cm, lebar 3 cm, dan tebalnya kurang lebih 2-3 cm, beratnya sekitar 20 gram.

Prostat ini terdiri dari:

- 1) Jaringan kelenjar 50-70%

Jaringan Stroma (penyangga) dan kapsul atau muskuler 30-50%.

- 2) Kelenjar prostat menghasilkan cairan yang banyak mengandung enzim yang berfungsi untuk pengenceran sperma setelah mengalami koagulasi (penggumpalan) didalam testis ini yang membawa sel-sel sperma. Pada waktu orgasme otot-otot disekitar prostat akan bekerja memeras cairan prostat keluar melalui uretra. Sel-sel sperma yang di buat di dalam testis akan ikut keluar melalui uretra. Jumlah cairan yang meliputi 10-30% dari ejakulasi. Kelainan yang disebut belakangan ini manifestasinya biasanya pada laki-laki usia lanjut (Sugeng Jitowiyono , 2012).

b. Definisi

BPH adalah suatu penyakit pembesaran atau hipertropi dari prostat. Kata-kata hipertropi seringkali membuat kontroversi dikalangan klinik karna sering rancu dengan hiperplasia. Hiperplasia merupakan pembesaran sel (kualitas) dan diikuti oleh penambahan jumlah sel (kuantitas) (Prabowo, 2014).

Benigna Prostate Hiperplasi (BPH) adalah pembesaran progresif dari kelenjar prostat (secara umum pada pria lebih tua dari 50 tahun) menyebabkan berbagai derajat obstruksi ureteral dan pembatasan aliran urinarius (Doenges, 2012).

c. Etiologi

Penyebab yang pasti dari terjadinya BPH sampai sekarang belum diketahui. Namun yang pasti kelenjar prostat sangat tergantung pada hormone androgen. Factor lain yang erat kaitannya dengan BPH adalah proses penuaan. Ada beberapa factor kemungkinan penyebab antara lain:

1) Dihydrotestosteron

Peningkatan 5 alfa reduktase dan reseptor androgen menyebabkan epitel dan stroma dari kelenjar prostat mengalami hiperplasia

2) Perubahan keseimbangan hormon estrogen – testostosterone

Pada proses penuaan pada pria terjadi peningkatan hormone estrogen dan penurunan testostosterone yang mengakibatkan hiperplasia stroma

3) Interaksi stroma – epitel

Peningkatan epidermal growth factor atau fibroblast growth factor dan penurunan transforming growth factor beta menyebabkan hiperplasia stroma epitel

4) Berkurangnya sel yang mati

Estrogen yang mengikat menyebabkan peningkatan lama hidup stroma dan epitel dari kelenjar prostat

5) Teori sel stem

Sel stem yang mengikat mengakibatkan proliferasi sel transit

(Suggeng Jitowiyono dkk, 2012).

d. Derajat Benigna Prostate Hiperplasia

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

- 1) Derajat satu, keluhan protatisme ditemukan penonjolan prostat 12 cm, sisa urine kurang 50 cc, pancaran lemah, berat \pm 20 grama.
- 2) Derajat dua, keluhan miksi terasa panas, sakit, dysuria, nueturia bertambah berat, panas badan tinggi (menggigil), nyeri daerah pinggang, prostat lebih menonjol, batas atas masih teraba, sisa urine 50-100 cc dan beratnya \pm 20-40 gram.
- 3) Derajat tiga, gangguan lebih berat dari derajat dua, batas sudah tak teraba, sisa urine lebih 100 cc, penonjolan prostat 2-3 cm, dan beratnya \pm 40 gram.
- 4) Derajat empat, inkontinensia, prostat lebih menonjol dari 4 cm, ada penyulit ke ginjal seperti gagal ginjal, hydroneprosis (Suggeng Jitowiyono dkk, 2012).

e. Patofisiologi

Prostat sebagai kelenjar ejakulat memiliki hubungan fisiologis yang sangat erat dengan Dehidrotestosteron (DHT). Hormone ini merupakan yang nantinya akan mengoptimalkan fungsinya. Hormon ini disintesis dalam kelenjar prostat dari hormone testosterone dalam darah. Proses sintesis ini di bantu oleh *5 α -reduktase* tipe 2. Selain DHT yang vsebagai proscursor, prostat seiring dengan penambahan usia, prostat akan lebih sensitif dengan stimulasi androgen, sedangkan estrogen mampu memberikan proteksi terhadap BPH. Dengan pembesaran yang melebihi normal,

maka akan terjadi desakan pada trakrus urinarius. Pada tahap awal, obstruksi trakrus urinarius jarang menimbulkan keluhan, karena dorongan mengejan dan kontraksi yang kuat dari *m. detrusor* mampu mengeluarkan urine secara spontan. Namun, obstruksi yang sudah kronis membuat dekomposisi *m. detrusor* untuk berkontaksi yang akhirnya menimbulkan obstruksi saluran kemih.

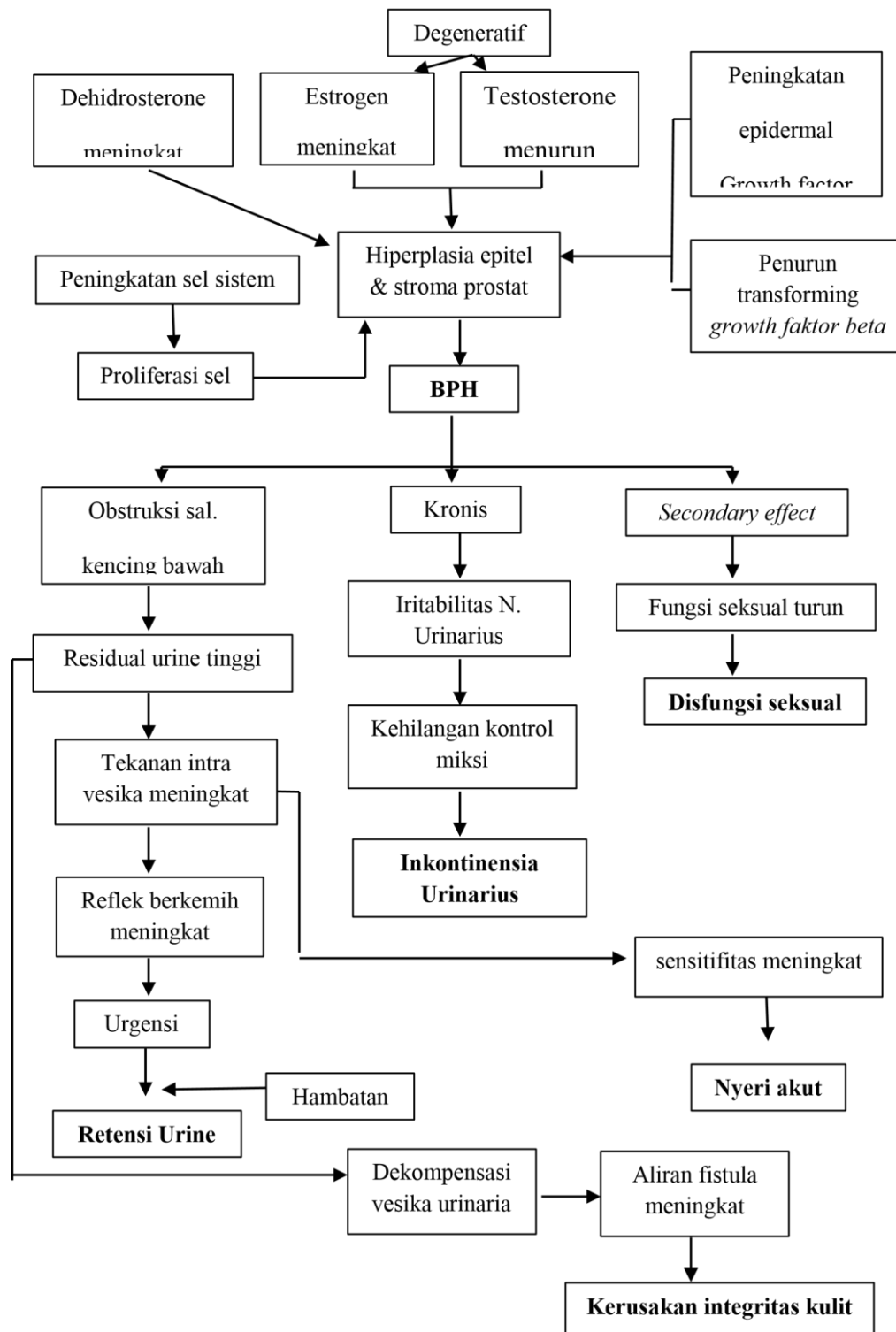
Keluhan yang biasa muncul dari obstruksi ini adalah dorongan mengejan saat miksi yang kuat, pancaran urine lemah/menetes, disuria (saat kencing terasa terbakar), palpasi rektal toucher menggambarkan hipertropi prosta, distensi vesika. Hipertropi fibromuskuler yang terjadi pada klien BPH menimbulkan penekanan prostat dan jaringan sekitar, sehingga menimbulkan iritasi pada mukosa uretra. Iritabilitas inilah yang nantinya akan menyebabkan keluhan frekuensi, urgensi, inkontinensia urgensi dan nokturia. Obstruksi yang berkelanjutan akan menimbulkan komplikasi yang lebih besar, misalnya hidronefrosis, gagal ginjal dan lain sebagainya. Oleh karena itu, kateterisasi untuk tahap awal sangat efektif untuk mengurangi distensi vesika urinaria.

Pembesaran pada BPH terjadi secara bertahap mulai dari zona periuretral dan transional. Hyperplasia ini terjadi secara nodular dan sering diiringi oleh proliferasi fibromuskular untuk lepas dari jaringan epitel. Oleh karena itu, hyperplasia zona transional ditandai oleh banyaknya jaringan kelenjar yang tumbuh

pada pucuk dan cabang dari pada duktus. Sebenarnya proliferasi zona transisional dan zona sentral pada prostat berasal dari turunan *duktus Wolffii* dan proliferasi zona perifer berasal dari sinus urogenital. Sehingga, berdasarkan latar belakang embriologis inilah bisa diketahui mengapa BPH terjadi zona perifer.

(Prabowo,2014)

Bagan 2.1 Pathway



(Prabowo,2014)

f. Manifestasi Klinik

Gejala klinis yang di timbulkan oleh Benigna Prostat Hyperplasia disebut sebagai Syndroma Prostatisme, di bagi menjadi dua yaitu:

1) Gejala Obstruktif yaitu:

- a) Hesitansi yaitu memulai kencing yang lama dan seringkali disertai dengan mengejan yang disebabkan oleh karna otot destrussor buli-buli memerlukan waktu beberapa lama meningkatkan tekanan intravesikal guna mengatasi adanya tekanan dalam uretra prostatika
- b) Intermitency yaitu terputus-putusnya aliran kencing yang disebabkan karna ketidak mampuan otot destrussor dalam memepertahankan tekanan intra vesikal sampai berakhirnya miksi.
- c) Terminal dribling yaitu menetesnya urine pada akhir kencing
- d) Pancaran lemah : kelemahan kekuatan dan caliber pancaran destrussor memerlukan waktu untuk dapat melampaui tekanan di uretra.
- e) Rasa tidak puas setelah berakhirnya buang air kecil dan terasa belum puas.

2) Gejala Iritasi yaitu:

- a) Urgency yaitu perasaan ingin buang air kecil yang sulit di tahan.
- b) Frekuensi yang penderita miksi lebih sering dari biasanya
- c) dapat terjadi pada malam hari (Nocturia) dan pada

siang hari.

- d) Dysuria yaitu nyeri pada waktu kencing. (Suggeng
Jitowiyono dkk, 2012)

g. Penatalaksanaan

1) Non Pembedahan

- a) Memperkecil gejala obstruksi hal-hal yang menyebabkan pelepasan cairan prostat seperti, prostatic massage, frekuensi coitus meningkat dan masturbasi.
- b) Menghindari minuman banyak dalam waktu singkat, menghindari alkohol dan diuretic mencegah oven distensi kandung kemih akibat tonus otot destrussor menurun.
- c) Mengindari obat-obat penyebab ristensi urine seperti : anticholinergic, anti histamine, dan decongestan.
- d) Observasi Watchfull Waiting
Yaitu pengawasan berkala/ follow up tiap 3-6 bulan kemudian setiap tahun tergantung keadaan klien, indikasi :BPH dengan IPPS ringan ,Baseline data normal, flowmetri non obstruksi
- e) Terapi medikamentosa pada benigna prostat hyperplasia terapi ini diindikasikan pada benigne prostat hyperplasia dengan keluhan ringan, sedang dan berat tanpa disertai penyulit serta indikasi pembedahan, tetapi masih terdapat kontra indikasi atau belum “well motivated “. Obat yang digunakan berasal dari fisioterapi, golongan supressor androgen dan golongan alfa bloker.

- (a) Fito Terapi
 - (1) Hypoxis rosperti (rumput)
 - (2) Serenos repens (palem)
 - (3) Curcubita pepo (waluh)
- (b) Pemberian obat golongan suppressor androgen/ Anti androgen
 - (1) Inhibitor 5 alfa reduktase
 - (2) Anti androgen
 - (3) Analog LHRH
- (c) Pemberian obat golongan alfa bloker/obat penurun tekanan diuretra-prostatika : prazosin, alfulosin,doxazensin ,terazosin
- f) Bila terjadi retensi urien
 - (1) Katerenisasi
 - (2) Dilakukan disfungsi blas
 - (3) Dilakukan cystostomy
- g) Prostetron (trans uretral) microwave thermoterapy /TUMT)

2) Pembedahan

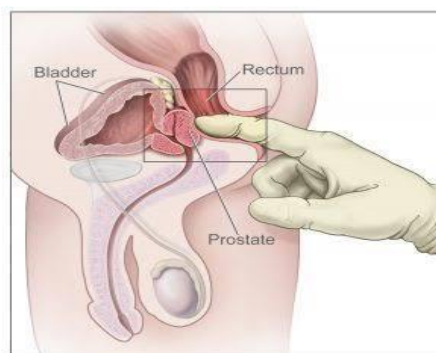
- (1) Trans uretral reseksi prostat : 90-95 %
- (2) Open prostatectomy 5-10% BPH yang besar (50-100 gr) tidak habis direseksi dalam 1 jam. Disertai batu buli-buli besar (Suggeng Jitowiyono dkk, 2012).

h. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Pemeriksaan colok dubur

Pada perubahan melalui colok dubur dapat diperhatikan konsistensi prostat, adakah asimetri, adakah nodul pada prostat, apakah batas atas dapat dirabah. Derajab berat obstruksi dapat diukur dengan menentukan jumlah sisa urine setelah miksi spontan. Sisa miksi ditentukan dengan mengukur urine yang masih dapat keluar dengan kateterisasi. Sisa urine dapat pula diketahui dengan melakukan ultrasonografi kandung kemih setelah miksi.

Gambar 2.2
Pmeriksaan Colok Dubur



Sumber: Medica Store

Ada 3 cara mengukur besarnya hiperplasia prostat, yaitu

- a) Rektal grading rektal grading atau rektal toucher dilakukan dalam keadaan buli-buli kosong. Sebab bila buli-buli penuh dapat terjadi kesalahan dalam penilaian. Dengan rektal toucher diperkirakan dengan beberapa cm prostat menonjol ke dalam humen dan rectum. Menonjolnya prostat dapat ditentukan dalam grade. Pembagian grade sebagai berikut:

0-1 cm	: Grade 0
1-2 cm	: Grade 1
2-3 cm	: Grade 2
3-4 cm	: Grade 3
Lebih dari 4 cm	: Grade 4

Biasa pada grade 3 dan 4 dari prostat tidak dapat diraba karna prostat masuk kedalam cavum rectum. Dengan menentukan rectal grading maka didapatkan kesan besar dan beratnya prostat dan juga paling untuk menentukan macam tindakan operasi yang dilakukan. Bila prostat kecil (grade 1) maka terapi yang baik adalah TURP, bila prostat besar (grade 3 dan 4) dapat dilakukan prostatektomi terbuka secara transvesikal.

b) Clinical grading

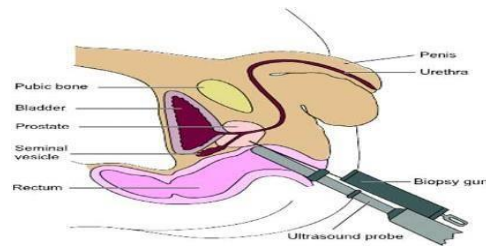
Pada pengukuran ini yang menjadi patokan adalah banyaknya sisa urine. Pengukuran ini dilakukan dengan cara meminta pasien berkemih sampai selesai saat bangun tidur pagi, kemudian memasukan kateter kedalam kandung kemih untuk mengukur sisa urine.

Sisa urine 0 cc	: Normal
Sisa urine 0-50 cc	: Grade 1
Sisa urine 50-150 cc	: Grade 2
Sisa urine >150 cc	: Grade 3
Sama sekali tidak bisa berkemih	: Grade 4

c) Intra urethra grading

Untuk melihat seberapa jauh penonjolan lobus internal ke dalam humen uretra. Pengukuran ini harus dapat dilihat dengan penendoskopy.

Gambar 2.4
Biopsi Prostat



Sumber: Medica Store

2) Urinalisis

Warna coklat gelap, merah gelap, atau terang (berdarah) penampilan urine keruh PH & atau lebih besar (menunjukkan infus)

3) Culture urine

Dapat menunjukkan stafilokokus, aureus, proteus, klabsiela, pseudomonas, atau eschericia.

4) Sitologi urine

Untuk mengesampingkan kanker kandung kemih.

5) Bon/ ureatin

Meningkat bila fungsi ginjal dipengaruhi.

6) Darah lengkap

Pemeriksaan hemoglobin, hematocrit, leukosit, dan trombosit.

7) Pemeriksaan radiologi

a) USG (ultrasonografi) digunakan untuk memeriksa konsistensi, volume, dan besar prostat juga keadaan bulibuli termasuk residual urine.

b) IVP dengan pasca berkemih: menunjukkan perlambatan pengosongan lambung kandung kemih membedakan

derajat obstruksi kemih dan adanya pembesaran prostat dan penebalan abnormal kandung kemih (Suggeng Jitowiyono dkk, 2012).

2. Post Open Prostatektomi

a. Definisi

Operasi prostatektomi terbuka adalah metode dari Millin, yaitu melakukan enukliasi kelenjar prostat melalui pendekatan bretropubik intravesika, Freyer melalui pendekatan suprapubik tranvesika, atau transperineal. Prostatektomi terbuka adalah tindakan yang paling tua yang masih di lakukan saat ini, paling invasive, dan paling efisien sebagai terapi BPH. Prostatektomi terbuka dianjurkan untuk prostat yang sangat besar (> 100 gram) (Purnomo, 2013).

Post prostatektomi adalah keadaan yang terjadi setelah operasi prostatektomi/ pasca prostatektomi (Dorlan, 2009).

Dari beberapa pengertian di atas penulis menyimpulkan bahwa post open prostatektomi adalah keadaan setelah pengangkatan prostat yang di lakukan jika prostat membesar >100 gram.

b. Macam-macam Prostatektomi

1) Prostatektomi Suprapubis

Adalah suatu metode mengangkat kelenjar melalui insisi abdomen, yaitu suatu insisi yang di buat dalam kandung kemih dan kelenjar prostat diangkat dari atas, ini dilakukan untuk

kelenjar bebrbagai ukuran dan beberapa komplikasi dapat terjadi seperti kehilangan darah lebih banyak di banding metode lain. (Brunner & Suddarth, 2013).

2) Prostatektomi Perinneal

Mengangkat kelenjar dari suatu insisi dalam perineum. Cara ini lebih praktis dari cara yang lain dan sangat berguna untuk biopsi terbuka (Brunner & Suddarth, 2013).

3) Prostatektomi Retropubik

Teknik yang lebih umum di banding pendektan suprapubik dimana insisi abdomen lebih rendah mendekati kelenjar lebih besar yang terletak tinggi dalam pubis, meskipun darah yang keluar dapat dikontrol dengan baik dan letak bedah mudah dilihat, infeksi dapat terjadi dalam ruang retropubis (Brunner & Suddarth, 2013).

c. Dampak

1) Sistem pernafasan

Pada klien BPH post operasi dapat terjadi peningkatan frekuensi napas akibat nyeri yang dirasakan klien (Brunner & Suddarth, 2013).

2) Sistem persyarafan

Pada klien BPH baik pre maupun post operasi terdapat rangsangan nyeri akibat dari obstruksi, retensi urine dan luka insisi. Tingkat kesadaran klien BPH Composmentis (Brunner & Suddarth, 2013).

3) Sistem kardiovaskuler

Post operasi dapat terjadi penurunan tekanan darah, peningkatan frekuensi nadi, anemis, dan pucat jika pasien mengalami syok (Brunner & Suddarth, 2013).

4) Sistem pencernaan

Post operasi terjadi mual dan muntah akibat penekanan pada lambung (Brunner & Suddarth, 2013).

5) Sistem perkemihan

Biasanya klien post operasi BPH 1-5 hari dipasang kateter dengan irigasi kandung kemih kontinu (spooling) hari pertama 60 tetes permenit, hari kedua 30-40 tetes, hari ketiga 20-30 tetes permenit, hari keempat intermiten dan hari kelima irigasi dilepas (Brunner & Suddarth, 2013).

6) Sistem integument

Post operasi terdapat luka insisi jika dilakukan prostatektomi terbuka (Brunner & Suddarth, 2013).

7) Sistem musculoskeletal

Post operasi dapat terjadi ketebatasan pergerakan dan imobilisasi akibat nyeri yang dirasakan oleh klien (Brunner & Suddarth, 2013).

8) Sistem reproduksi

Pada klien BPH dengan post operasi dapat terjadi disfungsi seksual bahkan sampai terjadi impotensi. Pada saat ejakulasi

cairan sperma dapat bercampur dengan urine sehingga dapat terjadi infeksi tetapi hal ini tidak mengganggu fungsi seksual (Brunner & Suddarth, 2013).

d. Indikasi

- 1) Penderita BPH dengan retensio urine atau perna retensio urine akut.
- 2) Penderita BPH dengan retensio urine kronis artinya dalam bulibuli selalu lebih dari 300 cc.
- 3) Penderitaa BPH dengan residural urine lebih dari 100 cc.
- 4) Penderita BPH dengan penyulit : batu buli-buli, divertikel bulibuli, hidronephrosis, gangguan faal karena obstruksi.
- 5) Penderita BPH yang tidak berhasil dengan terapi medikamentosa (Brunner & Suddarth, 2013).

B. Konsep Dasar Nyeri

1. Definisi

Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan ekstensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya. Nyeri terjadi bersama proses penyait, pemeriksaan diagnostik dan proses pengobatan. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan banyak orang (Andarmoyo, 2013).

2. Sifat Nyeri

Nyeri bersifat subjektif dan individual. Nyeri adalah segala sesuatu tentang yang dikatakan seseorang tentang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja seseorang mengatakan nyeri. (Andarmayo, 2013).

3. Klasifikasi Nyeri

a) Nyeri Akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang timbul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa. (Andarmoyo, 2013).

b) Nyeri Kronis

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung diluar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik.

(Andarmoyo, 2013).

4. Pengkajian

Numeric Rating Scale

Lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata.

Dalam hal ini klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik.

Keterangan:

0 : tidak nyeri

1-3 : nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik

4-6 : nyeri sedang: secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat

mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-9 : nyeri berat: secara obyektif terkadang klien tidak dapat mengikuti perintah, tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi.

10 : nyeri sangat berat : pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul (Andarmoyo, 2013).

5. Penanganan Nyeri

a. Management Nyeri Farmakologi

Management nyeri farmakologi menggunakan obat analgetik. Pemberian obat analgetik yang diberikan guna untuk mengganggu atau memblok transmisi stimulus agar terjadi perubahan persepsi dengan cara mengurangi kortikal terhadap nyeri (Andarmoyo, 2013).

b. Management Nyeri Non Farmakologi

Management Nyeri Non-Farmakologi untuk mengurangi nyeri salahsatunya adalah teknik *Guided Imagery*. *Guided Imagery* merupakan sebuah proses menggunakan kekuatan pikiran dengan mengarahkan tubuh untuk menyembuhkan diri, memelihara kesehatan melalui komunikasi dalam tubuh melibatkan semua indra (visual, sentuhan, penciuman, pengelihatn, pendengaran) sehingga terbentuklah keseimbangan antara pikiran, tubuh, dan jiwa (Andarmoyo,

2013).

6. Relaksasi Progresif

a. Definisi

Teknik relaksasi otot progresif memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot dengan mengidentifikasi otot yang tegang kemudian menurunkan ketegangan dengan melakukan teknik relaksasi untuk mendapatkan perasaan relaks (Aprina dkk, 2017).

b. Proses penurunan nyeri

Penurunan skala nyeri setelah dilakukan terapi relaksasi progresif dikarenakan Latihan relaksasi progresif meliputi kombinasi latihan pernafasan yang terkontrol dan rangkaian kontraksi serta relaksasi kelompok otot. Klien mulai latihan bernafas dengan perlahan dan menggunakan diafragma, sehingga memungkinkan abdomen terangkat perlahan dan dada mengembang penuh. Saat klien melakukan pola pernafasan yang teratur, perawat mengarahkan klien untuk melokalisasi setiap daerah yang mengalami ketegangan otot, berfikir bagaimana rasanya, menegangkan otot sepenuhnya, dan kemudian merelaksasikan otototot tersebut. Kegiatan ini menciptakan sensasi melepaskan ketidaknyamanan dan stres (Aprina dkk, 2017).

c. Prosedur relaksasi progresif

- 1) Meminta pasien untuk memejamkan mata dengan lembut dan perlahan-lahan.
- 2) Meminta pasien untuk menarik napas dalam dan menghembuskan napas dengan panjang.
- 3) Meminta kepada pasien untuk : menarik napas dalam
 - a) Kepala : kerutkan dahi, kedip-kedipkan mata, dan bibir dimonyongkan atau tarik ke belakang. Rasakan ketegangan pada bagian tersebut, tahan selama 5 detik, hembuskan napas perlahan dan kendurkan secara perlahan, katakan dalam hati “relaks dan pergi”.
 - b) Leher : tekan kepala ke belakang, anggukan kepala ke arah dada, putar kepala ke bahu kanan, putar kepala ke bahu kiri. Rasakan ketegangan pada bagian tersebut, tahan selama 5 detik, hembuskan napas perlahan dan kendurkan secara perlahan, katakan dalam hati “relaks dan pergi”
 - c) Bahu : angkat bahu kanan seolah-olah ingin menyentuh telinga, angkat bahu kiri seolah-olah ingin menyentuh telinga, angkat kedua bahu seolah-olah menyentuh telinga.
 - d) Bahu dan lengan : tahan lengan dan mengepal, kemudian kepalkan tangan bengkokkan lengan, pada siku, kencangkan lengan sambil tetap mengepalkan tangan, tahan 5 detik, hembuskan napas perlahan sambil mengendurkan dan katakn dalam hati “relaks dan pergi”.

- e) Dada : tarik napas dalam dan kencangkan otot-otot dada dan tahan 5 detik, hembuskan napas secara perlahan sambil katakan dalam hati “relaks dan pergi”.
- f) Punggung : lengkungkan punggung ke belakang sambil menari napas dalam dan tekan lambung keluar, tahan 5 detik, hembuskan napas secara perlahan sambil katakan dalam hati “relaks dan pergi”.
- g) Perut : kencangkan perut, tekan keluar dan tarik ke dalam, tahan 5 detik, hembuskan napas secara perlahan sambil katakan dalam hati “relaks dan pergi”.
- h) Paha dan kaki : kencangkan paha, tekan tumit ke lantai, kencangkan otot kaki di bawah lutut, tekuk jari kaki ke bawah seolah-olah menyentuh telapak kaki, angkat jari kaki ke atas seolah-olah menyentuh lutut, tahan 5 detik, hembuskan napas secara perlahan sambil katakan dalam hati “relaks dan pergi”
(Aprina dkk, 2017).

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Anamnesa

Prostat hanya di alami laki-laki. Keluhan yang sering dialami oleh klien dikenal dengan istilah LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms) antara lain hesistansi, pancaran urine lemah, intermitensi, ada sisa urine pasca miksi, urgensi, frekuensi dan

disuria. Keluhan utama pada klien post operasi open prostatektomi yang mungkin dirasakan diantaranya nyeri pada luka post operasi. (Prabowo,2014).

b. Pemeriksaan fisik

Adanya peningkatan nadi dan tekanan darah (tidak signifikan, kecuali ada penyakit penyerta). Hal ini merupakan kompensasi dari nyeri yang timbul. Jika retensi urine berlangsung lama akan meningkatkan suhu tubuh sampai pada syok septik (Prabowo,2014).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul setelah dilakukan analisa masalah sebagai hasil dari pengkajian. Secara garis besar, diagnosa keperawatan yang sering pada pasien post operatif Benigna Prostat Hiperplasia menurut Doenges, 2012:

- b. Nyeri akut berhubungan dengan iritasi mukosa kandung kemih
- c. Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan obstruksi mekanik: bekuan darah, edema, trauma, prosedur bedah.
- d. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif : alat selama pembedahan, kateter, irigasi kandung kemih dan insisi bedah.
- e. Resiko tinggi terhadap kekurangan volume cairan berhubungan dengan pendarahan.

- f. Resiko tinggi terhadap disfungsi seksual berhubungan dengan situasi krisis (inkontinensia, kebocoran urine setelah pengangkatan kateter, keterlibatan area genitalia)
- g. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi.
- h. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri/ efek pembedahan.

3. Perencanaan

Adapun rencana keperawatan berdasarkan diagnose keperawatan menurut Doenges, 2014 sebagai berikut :

- a. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan prosedur bedah dan atau tekanan dari balon kandung kemih
 - 1) Tujuan : Rasa nyaman terpenuhi
Kriteria hasil : tampak rileks, tidur/istirahat dengan tepat.
 - 2) Intervensi dan Rasional :

Tabel 2.1
Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
Mandiri	
1. Kaji nyeri, perhatikan lokasi dorongan berkemih/pasase urine sekitar kateter menunjukkan spasme kandung kemih yang cenderung lebih berat pada pendekatan suprapubik	1. Nyeri tajam , intensitas dengan kateter (biasanya menurun setelah 48 jam)
2. Pertahankan posisi kateter dan sistem drainase. Pertahankan selang bebas dari lekukan dan bekuan.	2. Mempertahankan fungsi kateter drainase sistem, menurunkan resiko spasme kandung kemih.
3. Berikan pasien informasi akurat drainase dan spasme meningkatkan kerjasama dengan prosedur tertentu	3. Menghilangkan ansietas dan tentang kateter, kandung kemih.
4. Berikan tindakan kenyamanan terapeutik, pengubahan memfokuskan kembali perhatian, posisi, pijatan punggung dan aktivitas dan dapat meningkatkan kemampuan koping.	4. Menurunkan tegangan otot, (sentuhan terapeutik, pengubahan memfokuskan kembali perhatian, posisi, pijatan punggung dan aktivitas dan dapat meningkatkan terapeutik. Dorong penggunaan kemampuan koping.
teknik relaksasi termasuk latihan nafas dalam visualisasi dan pedoman imajinasi.	

5. Berikan rendam duduk dan lampu penghangat bila diindikasikan. penyembuhan (pendekatan

5. Meningkatkan perfusi jaringan dan perbaikan edema dan meningkatkan perineal).

Kolaborasi
Berikan antipasmodik, contoh : oksibutinin klorida (Ditropan) : B&O. Suppositoria : Proatelin Bromida (ProBantanin)

Merelaksasi otot polos, untuk memberikan penurunan spasme nyeri, menghilangkan spasme kandung kemih oleh kerja anti kolonergik. Biasanya dihentikan 24-48 jam sebelum perkiraan pengangkatan kateter untuk meningkatkan kontrol kontraksi kandung kemih

b. Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan obstruksi mekanik

: bekuan darah, edema, trauma, prosedur bedah.

- 1) Tujuan : berkemih dengan jumlah normal tanpa retensi. Kriteria hasil : menunjukkan perilaku yang meningkatkan control kandung kemih atau urinaria.
- 2) Intervensi dan Rasional

Tabel 2.2
Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
Mandiri	
1. Kaji keluaran urine dan sistem kateter drainase khususnya selama area bedah, bekuan darah dan irigasi kandung kemih spasme kandung kemih.	1. Retensi dapat terjadi karena edema atau bekuan darah dan irigasi kandung kemih spasme kandung kemih.
2. Pasien memilih posisi normal untuk contoh : berdiri, berjalan ke kamar mandi dengan frekuensi sering setelah kateter dilepas.	2. Mendorong pasase urine dan berkemih, meningkatkan rasa normalitas.
3. Pertahankan waktu berkemih, dan setelah kateter dilepas. setelah bedah tetapi rasa penuh berlanjut menjadi beberapa waktu karena edema beberapa waktu karena edema berkemih, urgensi. uretra dan kehilangan tonus.	3. Kateter biasanya dilepas 2-5 hari aliran Perhatikan keluhan kandung kemih : ketidakmampuan berkemih, urgensi. uretra dan kehilangan tonus.
4. Dorong pasien untuk berkemih bila tetapi tidak lebih dari 2-4 jam perprotokol.	4. Berkemih dengan dorongan terasa dorongan untuk tiap 4 jam (nila ditoleransi) meningkatkan tonus kandung kemih dan membantu latihan ulang kandung kemih.
5. Ukuran volume residu bila ada pengosongan kandung kemih.	5. Mengawasi keefektifan suprapubik

- Residu lebih dari 50 ml menunjukkan perlunya kontinuitas kateter sampai tonus kandung kemih membaik.
6. Dorongan pemasukan cairan 3000 ml sesuai toleransi. Batasi cairan pada dan perfusi ginjal untuk aliran malam setelah keteter dilepas. urine. Penjadwalan masukan cairan menurunkan kebutuhan berkemih atau gangguan tidur selama malam hari.
 7. Intruksi pasien untuk latih parineal, mengencangkan, kandung kemih atau spingter atau menghentikan dan memulai aliran urine meminimalkan urine. inkontinensia.
 8. Anjurkan pasien bahwa penetasan diharapkan setelah kateter dilepas dan menerima masalah. Fungsi normal harus teratasi sesuai kemajuan. dapat kembali dalam 2-3 minggu, terapi memerlukan sampai 8 bulan setelah pendekatan perineal.

Kolaborasi

Pertahankan irigasi kandung kemih Mencuci kandung kemih dari bekuan kontinu, (continuous bladder darah dan debris untuk irrigation/CBI) sesuai indikasi pada mempertahankan patensi kateter atau periode paska operasi. aliran urine.

c. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan prosedur invasif:

alat selama pembedahan, kateter, irigasi kandung kemih dan insisi bedah.

- 1) Tujuan : mencapai waktu tujuan penyembuhan.

Kriteria hasil : tidak mengalami tanda infeksi.

- 2) Intervensi dan Rasional

Table 2.3
Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
Mandiri	
1. Pertahankan sistem kateter steril, perawatan kateter regular dengan sabun mandi dan air, berikan salep antibiotik di sekitar sisi kateter.	1. Mencegah pemasukan bakteri dan berikan infeksi atau sepsis lanjut.
2. Ambulasi dengan kantung drainase dapat memasukkan bakteri ke	2. Menghindari reflex urine, yang dependen dalam kandung kemih.
3. Awasi tanda vital, perhatikan demam sistoskopi ringan, menggigil, nadi dan pernafasan cepat, gelisah, peka, syok disorientasi. dengan manipulasi atau	3. Pasien yang mengalami dan atau TURP beresiko untuk bedah atau septik sehubungan instrumental
4. Observasi drainase dari luka sekitar	4. Ada drain, insisi suprapubik

kateter suprapubik.	meningkatkan resiko untuk infeksi, yang diindikasikan dengan eriteme drainase purulent
5. Ganti balutan dengan sering (insisi suora/retropubik dan perineal), dan pengeringan kulit untuk pertumbuhan bakteri, sepanjang waktu. peningkatan resiko infeksi luka.	5. Balutan basah menyebabkan kulit iritasi dan memberikan media pembersihan untuk pertumbuhan bakteri, sepanjang waktu.
6. Gunakan pelindung kulit tipe ostomi. Kolaborasi Berikan antibiotik sesuai indikasi.	6. Meberikan perlindungan untuk dan menurunkan resiko infeksi. Mungkin memberikan secara profilaktik suhubungan dengan peningkatan resiko infeksi pada prostatektomi.

d. Resiko tinggi terhadap kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan.

1) Tujuan : memperthankan hidrasi adekuat dibuktikan oleh tanda vital stabil, nadi perifer teraba, pengisian kapiler baik, membrane mukosa lembab dan kekurangan urine tepat.

Kriteria hasil : menunjukkan tidak ada perdarahan aktif

2) Intervensi dan Rasional

Table 2.4
Intervensi dan Rasional

	Intervensi	Rasional
Mandiri		3. Observasi drainase
	1. Benamkan kateter, hindari manipulasi berlebihan.	1. kateter, 3. perhatikan perdarahan berlenihan dan Gerakan penarikan kateter dapat menyebabkan perdarahan atau pembentukan bekuan dan
	2. Awasi pemasukan dan pengeluaran. 2.	2. pembenaman kateter pada distensi kandung kemih. Indikator keseimbangan cairan dan kebutuhan pergantian. Pada irigasi kandung kemih, awasi pentingnya perkiraan kahilangan darah dan sevara akurat mengkaji keluaran urine. Perdarahan tidak umum terjadi selama 24 jam pertama tetapi perlu

berlanjut.

4. Evaluasi warna, konsistensi urine, contoh :
 - Merah terang dengan bekuan merah.
 - Peningkatan viskositas, warna keruh gelap dengan bekuan gelap
 - Perdarahan dengan tak ada bekuan.
 5. Inspeksi balutan atau luka darah. Timbang balutan bila diindikasikan. Perhatikan pembentukan hematoma.
 6. Awasi tanda vital, perhatikan peningkatan nadi, pernafasan, penurunan TD, diaphoresis, pucat, perlambatan pengisian kapiler, dan memberan mukosa kering.
 7. Selidiki kegelisahan, kacau mental, perubahan perilaku.
 8. Dorong pemasukan cairan 3000 ml/hari kecuali kontraindikasi
 9. Hidrasi pengukuran suhu rektal dan menggunakan scalang rektal/enema
- Kolaborasi
1. Awasi pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi, contoh :
 - Hb/Ht, jumlah sel darah merah.
 - Pemeriksaan koagulasi, jumlah trombosit.
2. Pertahankan traksi kateter menetap : plester kateter di bagian paha.
- pendekatan perineal. Perdarahan kontinu/berat atau berulangnya perdarahan aktif memerlukan intervensi/evaluasi medis.
4. Menandakan bahwa :
 - Biasanya mengindikasikan perdarahan arterial dan memerlukan terapi cepat.
 - Menunjukkan perdarahan dari vena (perdarahan dari vena (perdarahan yang paling umum) biasanya berkurang sendiri.
 - Dapat mengindikasikan diskrasia darah atau masalah pembekuan sistemik.
 5. Perdarahan dapat dibuktikan atau disingkirkan dalam jaringan perineum.
 6. Dehidrasi/ hypovolemia memerlukan intervensi cepat untuk mencegah berlajutnya ke syok, hipertensi, bradikardi, mual/muntah menunjukkan "syndrome TURP" memerlukan
 7. Dapat menunjukkan penurunan perfusi serebral (hypovolemia) atau indikasi edema serebral karena kelebihan cairan selama prosedur TURP.
 8. Membilas ginjal/ kandung kemih dari bakteri dan debris tetapi dapat mengakibatkan intoksikasi cairan/kelebihan cairan bila tidak diawasi dengan ketat.
 9. Dapat mengakibatkan penyebaran iritasi terhadap dasarprostat dan peningkatan tekanan kapsul prostat dengan resiko perdarahan.
1. Menunjukkan bahwa :
-

	tentang masalah inkontinensia dan fungsi seksual.
<ul style="list-style-type: none"> - Berguna dalam evaluasi kehilangan darah/kebutuhan pengganti. - Dapat mengindikasikan terjadi komplikasi, contoh : penurunan faktor pembekuan darah. 	2. Berdasarkan informasi akurat tentang harapan kembalinya fungsi seksual.
2. Traksi terisi balon 30 ml diposisikan pada fosa uretral prostat akan membuat tekanan pada aliran darah pada kapsul prostat untuk membantu mencegah/mengontrol perdarahan.	
3. Kendorkan traksi dalam 4-5 jam. Catat periode pemasangan dan pengendoran traksi.	3. Traksi lama dapat menyebabkan trauma/masalah permanen dalam mengontrol urine. Pencegahan konstipasi/
4. Berikan pelunak feses, laksatif sesuai indikasi.	4. Mengejan untuk defekasi menurunkan resiko perdarahan rektal-perineal.

e. Resiko tinggi terhadap disfungsi seksual berhubungan dengan situasi krisis (inkontinensia, kobocoran urine setelah pengangkatan kateter, keterlibatan area genital).

1) Tujuan : tampak rileks dan melaporkan ansietas menurun sampai tingkat dapat diatasi.

Kriteria hasil : menyatakan pemahaman situasus individual, menunjukkan keterampilan pemecahan masalah.

2) Intervensi dan Rasional

Tabel 2.5
Intervensi dan Rasional

Intevensi	Rasional
Mandiri	
1. Berikan keterbukaan pada pasien atau orang terdekat untuk membicarakan	3. Diskusikan dasar anatomi. Jujur dalam menjawab pertanyaan pasien.

-
5. Meningkatkan peningkatan control otot kontinensia urinaria dan fungsi seksual.

1. Dapat mengalami ansietas tentang efek bedah dan dapat mempengaruhi kemampuan untuk menerima informasi yang diberikan sebelumnya.
2. Impotensi fisiologis terjadi bila syaraf perineak dipotong selama prosedur radikal; pada pendekatan lain, aktivitas seksual dapat dilakukan seperti biasa dalam 6-8 minggu. Catatan: prosentase penis dapat dianjurkan setelah prosedur perineal radikal.
3. Syaraf pleksus mengontrol aliran secara posterior keprostat melalui kapsul. Pada prosedur yang tidak melibatkan kapsul prostat, impoten dan sterilitas biasanya tidak menjadi konsekuensi. Prosedur bedah mungkin tidak memberikan pengobatan permanen, dan hipertropi
4. Diskusikan ejakulasi retrograde bila pendekatan transurethral atau suprapubik digunakan.
5. Intruksikan latihan perineal dan interupsi atau kontinu aliran urine.

Kolaborasi

Rujuk ke penasehat seksual sesuai indikasi

-
- dapat berulang.
 4. Cairan seminal mengalir dalam kandung kemih dan disekresikan melalui urine. Ini tidak mempengaruhi fungsi seksual tetapi akan menurunkan kesuburan dan menyebabkan urine keruh.

Masalah menetap atau tidak teratasi memerlukan intervensi profesional.

f. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi.

1) Tujuan : melakukan dengan benar prosedur yang perlu dan menjelaskan alasan tindakan.

Kriteria hasil : melakukan dengan benar prosedur yang perlu dan menjelaskan alasan tindakan.

2) Intervensi dan Rasional

Tabel 2.6
Intervensi dan Rasioanl

Intervensi	Rasional
Mandiri	
1. Kaji implikasi prosedur dan harapan masa depan.	1. Memberikan dasar pengetahuan dimana pasien dapat membuat pilihan informasi.
2. Telkankan paerlunya nutrisi yang baik : dorong konsumsi buah, meningkatkan diet tinggi serat.	2. Meningkatkan penyembuhan dan mencegah komplikasi menurunkan resiko perdarahan pasca operasi.
3. Diskusikan pembatasan aktifitas awal, menghindari mengangkat berat, latihan keras, duduk atau mengendarai mobil terlalu lama, memanjat lebih dari dua tingkat tangga sekaligus.	3. Peningkatan tekanan abdominal atau meningkatkan stress pada kandung kemih dan prostat, menimbulkan resiko perdarahan.
4. Dorong kesinambungan latihan perineal.	4. Membantu kontrol urinaria dan menghilangkan inkontinensia.
5. Intruksikan perawatan kateter urine bila ada	5. Meningkatkan kemandirian dan kompetensi dalam perawatan diri.
identifikasi sumber alat atau dukungan.	

6. Kaji ulang tanda atau gejala yang memerlukan evaluasi medis contoh eritema, drainase purulent dari luka; perubahan dari kateter atau jumlah urine, adanya dorongan atau frekuensi; perdarahan berat demam atau mengigil.
6. Intervensi cepat dapat mencegah komplikasi serius.
Catatan : urine tampak keruh beberapa minggu sampai penyembuhan pasca operasi terjadi dan tampak keruh setelah koitu karena ejakulasi retrograde.
-