

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OPERASI OPEN  
PROSTATEKTOMY* ATAS INDIKASI BPH DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN NYERI DI RUANG TOPAZ  
RSUD dr. SLAMET GARUT TAHUN 2018**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Dijadikan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar ahli madya  
keperawatan (A.Md. Kep) pada prodi DIII keperawatan sekolah tinggi  
kesehatan bhakti kencana bandung**

**Oleh :**

**SASILA**

**Nim : AKX.15.080**



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

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OPERASI OPEN*  
*PROSTATEKTOMY* ATAS INDIKASI BPH DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN NYERI DI RUANG TOPAZ  
RSUD dr.SLAMET GARUT TAHUN 2018

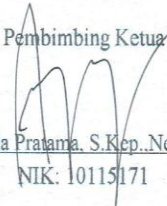
SASILA  
AKX.15.080

KARYA TULIS ILMIAH TELAH DISETUJUI

TANGGAL, 28 APRIL 2018

Oleh

Pembimbing Ketua



Angga Satria Pratama, S.Kep.,Ners.,M.Kep

NIK: 10115171

Pembimbing Pendamping



Zafiah Winta, Amk.An

Mengetahui  
Program Studi D-III Keperawatan  
Ketua,



Tuti Suprpti, S.Kp.,M.Kep

NIK:1011603

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OPERASI OPEN*  
*PROSTATEKTOMY* ATAS INDIKASI BPH DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN NYERI DI RUANG TOPAZ  
RSUD dr.SLAMET GARUT TAHUN 2018**

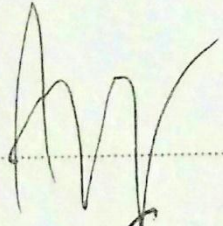
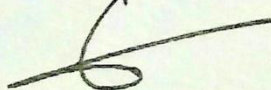
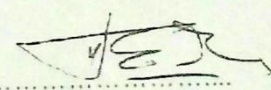
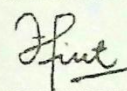
SASILA  
AKX.15.080

Telah diuji  
Pada tanggal, 1 Mei 2018  
Panitia Penguji

Ketua : Angga Satria Pratama, S.Kep., Ners., M.Kep  
NIK : 10115171  
(Pembimbing Utama)

Anggota

1. Hj. Djubaedah, Amk., S.Pd., MM  
NIK : 9904005196  
(Penguji 1)
2. Sri Sulami, S.Kep., MM  
NIK : 10115176  
(Penguji 2)
3. Zafiah Winta, Amk. An  
(Pembimbing Pendamping)

  
.....  
  
.....  
  
.....  
  
.....

Mengetahui  
STIKes Bhakti Kencana Bandung  
Ketua,

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

## SURAT PERNYATAAN PENULIS

Dengan ini saya,

Nama : SASILA

NPM : AKX.15.080

Program Studi : D III Keperawatan

Judul Skripsi : Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Operasi Open Prostatectomy* Atas Indikasi BPH Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Di Ruang Topaz RSUD dr.Slamet Garut

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, 1 Mei 2018

Yang Membuat Pernyataan



SASILA

## ABSTRAK

**Latar belakang :** Kejadian kasus BPH di Negara maju sebanyak 19% sedangkan dinegara berkembang sebanyak 5,35% kasus yang ditemukan pada pria lebih dari 65 tahun dan dilakukan pembedahan setiap tahunnya. Semakin tingginya angka kejadian BPH di Indonesia telah mendapatkan BPH sebagai penyebab angka kesakitan nomor 2 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 (Risksdas,2013). Pada periode 2017 periode Januari sampai Desember 2017, *benign prostat hiperplasia* (BPH) dengan jumlah 275 kasus (10,9%) dan BPH menempati urutan ke-4 penyakit terbesar di tahun 2017. **Tujuan** penelitian ini untuk mengetahui peneruh terapi relaksasi progresif terhadap intensitas nyeri *post ops* BPH **Metode:** Penelitian yang dilakukan berbentuk studi kasus yang dilakukan pada dua orang klien dengan diagnosa *Post Operasi Open Prostatectomy* atas indikasi *Benigna Prostat Hiperplasia* (BPH) dengan masalah keperawatan nyeri. Tehnik pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, partisipasi aktif dan studi kepustakaan. Tindakan yang dilakukan pada kedua klien yaitu dengan teknik relaksasi progresif dengan cara nafas dalam. **Hasil:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan sampai hari ketiga hasilnya skala nyeri berkurang menjadi 2 (0-10) dari skala sebelumnya 4 (0-10) dari kedua klien. **Diskusi :** Perawat dalam hal ini sebagai bagian dari tenaga kesehatan mempunyai peran dalam masalah keperawatan penanganan nyeri. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang kompherensif untuk menangani masalah keperawatan pada pasien.

Kata Kunci : *Benigna Prostat Hiperplasia* (BPH), *Post Operasi Open Prostatectomy*, Asuhan Keperawatan

Daftar pustaka : Referensi: 10 Buku (2008-2018). Jurnal (2015-2016) 2 Website.

## ABSTRAK

*Background: The incidence of cases of BPH in developed countries as much as 19% in developing countries as much as 5.35% Cases found in men over 65 years and surgery every year. The number of BPHT in Indonesia has obtained as follows. Year 2013 in Indonesia there are 9.2 million cases of BPH, and suffered in men aged over 60 years (Risksdas, 2013). In the period 2017 January to December 2017, benign prostate hyperplasia (BPH) with the number of 275 cases (10.9%) and BPH experienced the 4th sequence in 2017, The objective of this research was to find out the effect of progressive relaxation to an intensity of pain for BPH Methods: The study was conducted using case studies conducted on two clients with Postop diagnosis Open Prostatectomy for indication of Benigna Prostate Hyperplasia (BPH) with pain nursing problems. Techniques of data collection is done by way of work, interview, physical examination, active participation and literature study. Used in a second client with progressive relaxation techniques by means of deep breathing. Results: After the nursing action until the third day, the pain scale price decreases to 2 (0-10) from the previous 4 (0-10) scale of the two clients. Discussion: Nurses in this regard as part of health care have a role in difficulty*

*Keywords: Benign Prostate Hyperplasia (BPH), Post Ops Open Prostatectomy, Nursing care*

*References: References: 10 Books (2008-2018). Journal (2015-2016) 2 Website.*

## 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 Prostatektomy* Atas Indikasi BPH Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Di Ruang Topaz RSUD dr. Slamet Garut ”**. 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 Suprapti, S.Kp.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Angga Satria Pratama, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Pembimbing Utama dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Zafiah Winta, Amk.AN selaku Pembimbing Pendamping dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Direktur Utama RSUD dr. Slamet Garut yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Triyani S.Kep.,Ners selaku CI ruangan Topaz yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut.
8. Tn.N dan Tn. U 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. Ibu dan ayah seluruh keluarga yang senantiasa mendukung dan tak hentinya medoakan penulis dalam menyelesaikan tugas akhir akademik.
11. Untuk keluarga saya terutama istri (Riya Amd.Keb) dan anak (Sultan Fadilah Al-Fatih) yang tercinta dan selalu memberikan motivasi dan semangat dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
12. Trimakasih semua atas teman-teman angkatan XI Anestesi yang memberikan dukungan selama perjalanan dari awal sampai menempuh akhir pendidikan dalam suka dan duka, semoga sukses selalu.

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, 1 Mei 2018



SASILA

## DAFTAR ISI

|                         |      |
|-------------------------|------|
| LEMBAR PERSETUJUAN..... | ii   |
| LEMBAR PENGESAHAN ..... | iii  |
| SURAT PERYATAAN .....   | iv   |
| ABSTRAK .....           | v    |
| KATA PENGANTAR .....    | vi   |
| DAFTAR ISI.....         | vii  |
| DAFTAR BAGAN .....      | x    |
| DAFTAR TABEL.....       | xi   |
| DAFTAR GAMBAR .....     | xii  |
| DAFTAR LAMPIRAN.....    | xiii |

### **BAB I PENDAHULUAN**

|                            |   |
|----------------------------|---|
| A. Latar Belakang .....    | 1 |
| B. Rumusan masalah.....    | 3 |
| 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 Penyakit                   |    |
| 1. Definisi .....                    | 7  |
| 2. Anatomi Fisiologi .....           | 7  |
| 3. Etiologi.....                     | 9  |
| 4. Derajat Benigna Hyperplasia ..... | 10 |
| 5. Patofisiologi .....               | 11 |
| 6. Manifestasi Klinis .....          | 13 |
| 7. Pemeriksaan Penunjang .....       | 13 |
| 8. Penatalaksanaan .....             | 15 |



|                                         |    |
|-----------------------------------------|----|
| B. Post Open Prostatektomy              |    |
| 1. Definisi .....                       | 17 |
| 2. Prosedur Pembedahan .....            | 17 |
| 3. Dampak .....                         | 18 |
| 4. Indikasi .....                       | 20 |
| C. Konsep Dasar Nyeri                   |    |
| 1. Definisi .....                       | 20 |
| 2. Sifat Nyeri .....                    | 20 |
| 3. Klasifikasi Nyeri .....              | 21 |
| 4. Batasan Karakteristik Nyeri .....    | 21 |
| 5. Penanganan Nyeri .....               | 22 |
| 6. Pengkajian .....                     | 23 |
| D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan      |    |
| 1. Pengkajian .....                     | 24 |
| 2. Diagnosa Keperawatan .....           | 25 |
| 3. Perencanaan .....                    | 26 |
| 4. Implementasi .....                   | 38 |
| 5. Evaluasi .....                       | 38 |
| <b>BAB III METODE PENELITIAN</b>        |    |
| A. Desain Penelitian .....              | 41 |
| B. Batasan Istilah .....                | 41 |
| C. Responden/Subyek Penelitian .....    | 42 |
| D. Lokasi dan Waktu Penelitian .....    | 42 |
| E. Pengumpulan Data .....               | 42 |
| F. Ujian Keabsahan Data .....           | 43 |
| G. Analisa Data .....                   | 44 |
| H. Etika Penelitian .....               | 45 |
| <b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>      |    |
| A. Hasil                                |    |
| 1. Gambar Lokasi Pengambilan Data ..... | 47 |
| 2. Pengkajian .....                     | 48 |

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| 3. Analisa Data .....             | 56 |
| 4. Diagnosa Keperawatan.....      | 58 |
| 5. Perencanaan.....               | 59 |
| 6. Implementasi .....             | 61 |
| 7. Evaluasi .....                 | 63 |
| <b>B. Pembahasan</b>              |    |
| 1. Pengkajian Keperawatan.....    | 64 |
| 2. Diagnosa keperawatan .....     | 66 |
| 3. Perencanaan.....               | 70 |
| 4. Tindakan.....                  | 71 |
| 5. Evaluasi .....                 | 72 |
| <b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b> |    |
| A. Kesimpulan .....               | 73 |
| B. Saran.....                     | 75 |

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

|                        |    |
|------------------------|----|
| Bagan 2.1 Pathway..... | 12 |
|------------------------|----|

## DAFTAR TABEL

|                                                     |    |
|-----------------------------------------------------|----|
| Tabel 4.1 Identitas Klien .....                     | 48 |
| Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan.....                    | 49 |
| Table 4.3 Perubahan Aktivitas Sehari-hari .....     | 50 |
| Tabel 4.4 keadaan umum &Pemeriksaan Fisik .....     | 51 |
| Tabel 4.6 Pemeriksaan Psikologi .....               | 54 |
| Tabel 4.7 Data penunjang .....                      | 55 |
| Tabel 4.8 Pengobatan dan Penatalaksanaan Medis..... | 55 |
| Tabel 4.9 Analisa Data Klien 1 .....                | 56 |
| Tabel 4.9. Analisa Data Klien 2 .....               | 57 |
| Tabel 4.10 Diagnosa Keperawatan .....               | 58 |
| Tabel 4.11 Perencanaan .....                        | 59 |
| Tabel 4.12.1Implementasi Klien 1 .....              | 61 |
| Tabel 4.12.2 Implementasi Klien 2 .....             | 62 |
| Tabel 4.13 Evaluasi.....                            | 63 |

## DAFTAR GAMBAR

|                                          |    |
|------------------------------------------|----|
| Gambar 2.1 Anatomi Prostat.....          | 8  |
| Gambar 2.3 Pemeriksaan Colok Dubur ..... | 14 |
| Gambar 2.4 TURP.....                     | 18 |

## **DAFTAR LAMPIRAN**

|                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| <b>Lampiran I</b>   | <b>: Lembar Bimbingan</b>       |
| <b>Lampiran II</b>  | <b>: Lembar Observasi</b>       |
| <b>Lampiran III</b> | <b>: Persetujuan Responden</b>  |
| <b>Lampiran IV</b>  | <b>: Justifikasi</b>            |
| <b>Lampiran V</b>   | <b>: Jurnal</b>                 |
| <b>Lampiran VI</b>  | <b>: Lampiran Riwayat Hidup</b> |

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar belakang

*Benigna prostat Hyperplasia* (BPH) merupakan salah satu penyakit yang ditakuti dikalangan pria usia lanjut. Klenjar *prostat* sering menimbulkan masalah dalam kehidupan kaum pria dan berdasarkan data, tidak kurang dari 70% pria usia lanjut mengalami BPH, biasanya BPH mulai mengintai pria umur 50 tahun, dan 10 tahun kemudian sering mengganang (Mulyadi, 2009).

Menurut 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. Semakin tingginya angka kejadian BPH di Indonesia telah mendapatkan BPH sebagai penyebab angka kesakitan nomor 2 terbanyak setelah penyakit batu pada saluran kemih (Riskesdas, 2013).

Prevalasi BPH di indonesia tahun 2013 adalah sebesar 0,2% atau di perkirakan sebanyak 25.012 penderita. Seperti di provinsi yang memiliki prevalasi BPH tertinggi adalah yogyakarta, bali, sulawesi utara, dan sulawesi selatan yaitu 0,5%. Estimasi jumlah absolut penderita (*benign prostat hiperplasia*) BPH adalah 601 penderita (solang dkk, 2016).

Berdasarkan data dari rekam medik RSUD dr. Slamet Garut priode Januari 2015 sampai Desember 2017 didapatkan 10 besar penyakit diruang

bedah topaz. Urutan pertama adalah *Hernia inguinalis lateralis* dengan jumlah 489 kasus (19,4%), *Appendicit* dengan jumlah 337 kasus (13,4%) *Mild head injury* (cedera kepala ringan) dengan jumlah 329 kasus (13,1%) *benign prostat hiperplasia* (BPH) dengan jumlah 275 kasus (10,9%) *Soft tissue tumor* dengan jumlah 269 kasus (10,7%) *colic abdomen* dengan jumlah 235 kasus (9,3%) *ileus* dengan jumlah 195kasus (7,7%) *Retensi Urine* dengan jumlah 159 kasus (6,3%), *Peritonitis* dengan jumlah 155 kasus (6,2%) urutan terakhir *Infeksi Saluran Kemih* sebanyak 75 kasus (3,0%), Dari hasil kajian dan tindakan asuhan keperawatan, dan melihat banyaknya orang yang menderita penyakit BPH, yang tergolong tinggi menempati urutan ke-4 dari 10 penyakit terbesar dengan hasil persentasi 10,9%.

Dalam hal mengatasi nyeri *post operatif*, perawat dibutuhkan dalam melakukan perannya, salah satu tindakan keperawatan menggunakan teknik farmakologi dengan pemberian obat analgetik untuk mengurangi nyeri maupun teknik nonfarmakologi pendamping terapi farmakologi, salah satunya adalah dengan terapi relaksasi progresif yang dapat menurunkan intensitas nyeri pada pasien *post operasi* BPH, hal ini dikarenakan klien dapat merelaksasikan 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 klien sehingga rasa tidak nyaman akibat nyeri *post operasi*. Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Aprina et al, 2016)



tentang Relaksasi Progresif Terhadap Intensitas Nyeri pada *Post operasi* BPH (*Benigna Prostat Hyperplasia*) mendapatkan hasil bahwa rata rata intensitas nyeri pada operasi BPH sebelum diberikan relaksasi progresif adalah 5.20, setelah diberikan terapi relaksasi mengalami penurunan intensitas nyeri menjadi 3.6 sehingga terdapat perbedaan intensitas nyeri sebelum dan sesudah terapi relaksasi progresif di dilakukan.

Oleh karena itu penulis tertarik untuk mengambil judul karya tulis ilmiah dengan : **Asuhan Keperawatan pada Klien *Post Operasi Open Prostatectomy* Atas Indikasi (BPH) dengan Masalah Keperawatan Nyeri di ruang Topaz di RSUD dr. Slamet Garut.**

## **B. Rumusan Masalah**

Bedasarkan latar belakang rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana asuhan keperawatan *Post Operasi Open Prostatectomy* atas indikasi *Benigna Prostat Hiperplasia* (BPH) dengan masalah keperawatan nyeri diruang Topaz di RSUD dr. Slamet Garut ?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Memperoleh pengalaman dan mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan secara langsung dan komprehensif, meliputi Asuhan Keperawatan Non Farmakologi terhadap pemenuhan kebutuhan dasar manusia, khususnya dengan pendekatan proses Asuhan Keperawatan klien *post operasi open prostatectomy* pada penanganan nyeri di RSUD

dr. Slamet Garut khususnya di ruang perawatan bedah Topaz tahun 2018.

## 2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penulisan laporan kasus ini adalah :

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien *post operasi open prostatectomy* BPH dengan masalah keperawatan nyeri diruang Topaz RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Mampu menegakan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien *post operasi open prostatectomy* BPH dengan masalah keperawatan nyeri diruang Topaz RSUD dr. Slamet Garut.
- c. Mampu merumuskan intervensi asuhan keperawatan secara menyeluruh pada klien *post operasi open prostatectomy* BPH dengan masalah keperawatan nyeri diruang Topaz RSUD dr. Slamet Garut.
- d. Mampu melakukan tindakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien *post operasi open prostatectomy* BPH dengan masalah keperawatan nyeri diruang Topaz RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Mampu melakukan evaluasi tindakan asuhan keperawatan yang diberikan pada klien *post operasi open prostatectomy* BPH dengan masalah keperawatan nyeri diruang Topaz RSUD dr. Slamet Garut.

#### **D. Manfaat**

Adapun manfaat dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah :

##### 1. Manfaat Teoritis

Sebagai ilmu pengetahuan dan diharapkan penelitian ini dapat memberikan sumbangan pemikiran terhadap perkembangan ilmu pada umumnya, khususnya pada asuhan keperawatan pada pasien *post operasi open prostatectomy* (BPH).

##### 2. Manfaat praktis

###### a. Bagi perawat

Karya Tulis Ilmiah ini dapat dijadikan sumber referensi penanganan *post operasi open prostatectomy* dalam mengaplikasikan asuhan keperawatan dengan terapy non farmakologi, penanganan nyeri akut pada klien *post operasi open prostatectomy*.

###### b. Bagi Rumah Sakit

Memberikan bahan masukan, saran, implementasi, dan evaluasi Dapat dijadikan sumber pustaka dalam penatalaksanaan khusus tentang penanganan nyeri akut khususnya pada klien *post operasi open prostatectomy*.

###### c. Bagi pendidikan

Meningkatkan pengetahuan perawat dalam menerapkan asuhan keperawatan dengan mengaplikasikan teknik non farmakologi terhadap nyeri akut pada klien *post operasi open prostatectomy* (BPH).

d. Bagi Pasien

Pasien mendapat informasi dan menambah pengetahuan serta mendapatkan asuhan keperawatan sesuai dengan standar pelayanan keperawatan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep penyakit**

##### **1. Definisi**

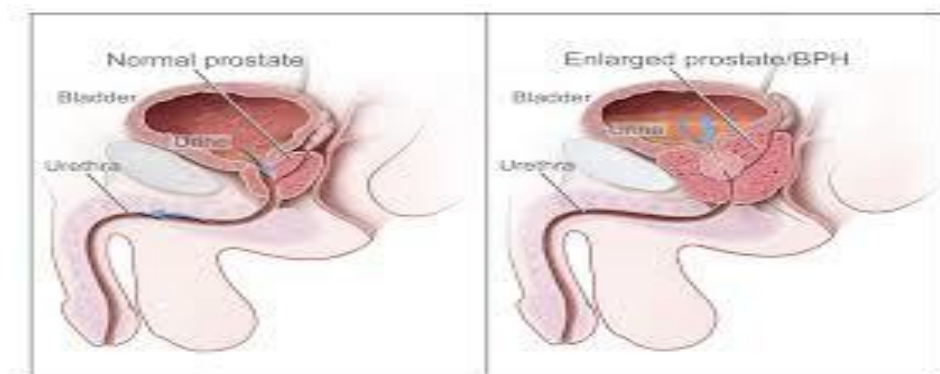
*BPH (Benigna prostat Hyperplasia)* adalah pembesaran progresif dari kelenjar prostat, yang bersifat jinak dan disebabkan oleh hiperplasi beberapa atau semua komponen prostat yang mengakibatkan penyumbatan uretra pars prostatika (Muttaqin & Sari, 2010). Sedangkan menurut (Nursalam, 2008) (*Benigna prostat Hyperplasia*) BPH adalah pembesaran prostat yang mengenai uretra, dan menyebabkan gejala seperti urinaria.

Berdasarkan pengertian di atas penulis menyimpulkan bahwa BPH (*Benigna prostat Hyperplasia*) 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 ditentukan 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 mengalami pembesaran kelenjar *prostat* (Romadhon, 2015).

##### **2. Anatomi Fisiologi**

Kelenjar prostat terletak tepat dibawah leher kandung kemih dan kelenjar ini mengelilingi uretra dan dipotong melintang oleh kedua duktus *ejakulatorius*, yang merupakan kelanjutan dari *vas deveren*, 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 *sfincter* uretra eksterna secara embriologi, prostat berasal dari lima *evaginasi epitel uretra posterior*. Suplai darah prostat diperdarahi oleh arteri vesikalis inferior dan masuk pada sisi *postero lateralis lever vesika* (Wijaya & Putri, 2013).



**Gambar 2.1**  
**Anatomi Prostat**  
**Perbedaan prostat normal dan pembesaran**

Ukuran, panjangnya sekitar 4 – 6 cm, lebar 3 – 4 cm, dan tebalnya kurang lebih 2 – 3 cm. Beratnya sekitar 20 gram. Prostat terdiri dari :

- a. Jaringan kelenjar 50 – 70 % Jaringan stroma ( penyangga) & kapsul / musculer 30 – 50%.
- b. 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 pada prostat yang dapat mengganggu proses reproduksi tetapi lebih berperan pada terjadinya gangguan aliran kencing. Kelainan yang disebut belakangan ini manifestasinya biasanya pada laki-laki usia lanjut ( Jitowiyono, 2012).

### 3. Etiologi

Penyebab yang pasti dari terjadinya BPH sampai sekarang belum diketahui secara pasti tetapi beberapa hipotesis menyebutkan bahwa hiperplasia prostat erat kaitanya dengan peningkatan kadar *dihidrotestosteron* (DHT) dan proses penuaan (Muttaqin, 2010). Selain faktor tersebut, ada beberapa hipotesis yang diduga sebagai penyebab timbulnya hiperplasia prostat, yaitu sebagai berikut :

- a. *Dihydrotestosteron* merupakan peningkatan 5 alfa reduktase dan reseptor *androgen* menyebabkan epitel dan stroma dari kelenjar prostat mengalami hiperplasi.
- b. Ketidakseimbangan hormon *estrogen-testotero* dimana pada proses penuaan pria terjadi peningkatan hormon estrogen dan penurunan testoteron yang mengakibatkan hiperplasi stroma.
- c. Interaksi stroma-epitel merupakan peningkatan *epidermal growth factor* atau *fibroblast growth faktor* dan penurunan *transforming growth faktor* beta menyebabkan hiperplasi stroma dan epitel.

- d. Berkurangnya sel yang mati dimana Estrogen yang meningkat menyebabkan peningkatan lama hidup stroma dan epitel dari kelenjar prostat.
- e. Teori sel stem adalah sel stem yang meningkat mengakibatkan proliferasi sel transit.

#### **4. Derajat *Benigna Prostate Hiperplasia*.**

Derajat benigna *Prostat Hyperplasia* terbagi dalam 4 derajat sesuai dengan gangguan klinisnya: ( Jitowiyono, 2012).

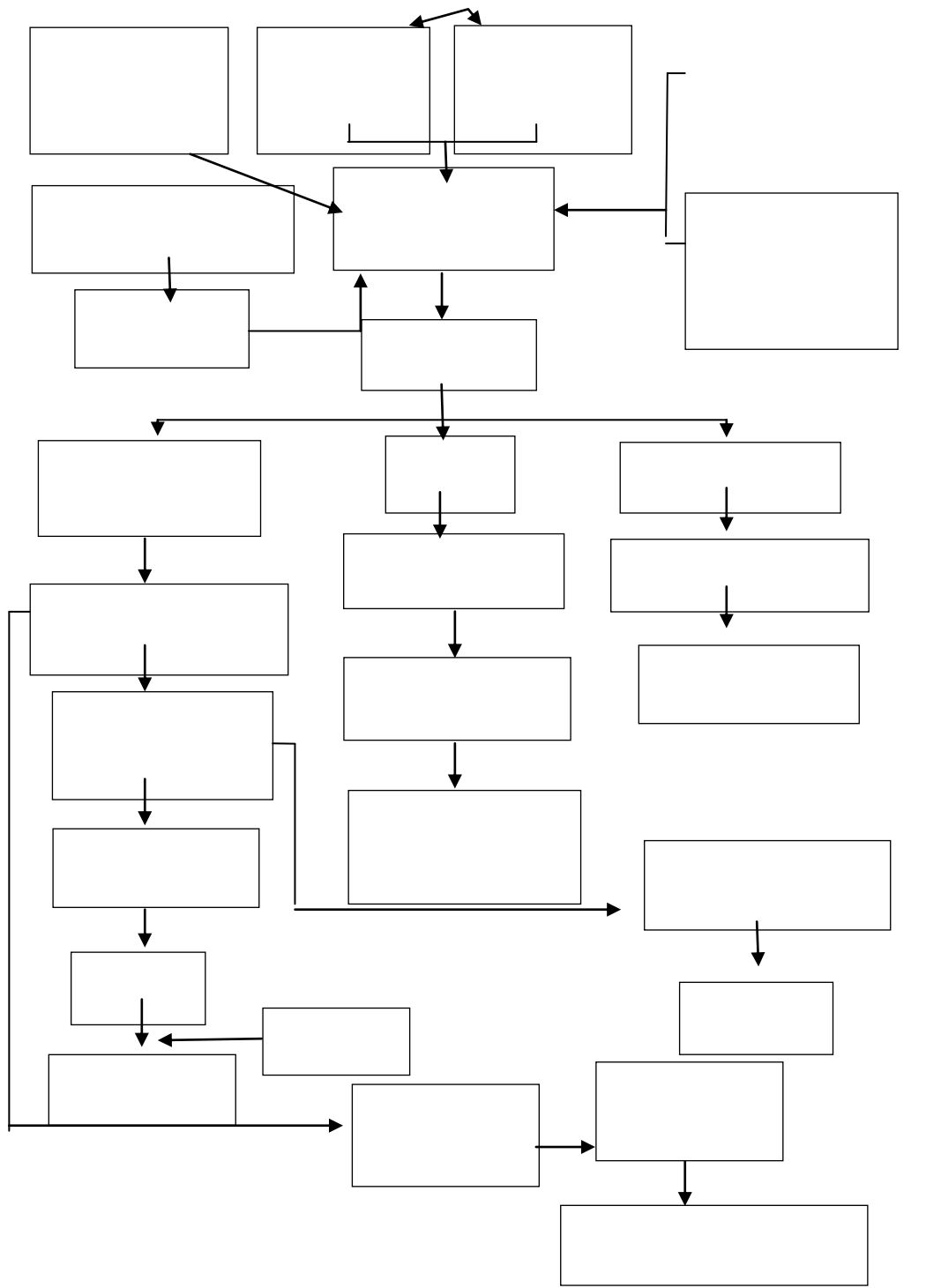
- a. Derajat satu, keluhan protatisme ditemukan penonjolan prostat 1-2 cm, sisa urine kurang 50 cc, pancaran lemah, berat  $\pm$  20 grama.
- b. Derajat dua, keluhan miksi terasa panas, sakit, dysuria, nueturia bertambah berat, panas badan tinggi (menggigil), nyeri daerah pinggang, prostat lebih menonjol, batas atas masih teraba, sisa urine 50-100 cc dan beratnya  $\pm$  20-40 gram.
- c. 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.
- d. Derajat empat, inkontinensia, prostat lebih menonjol dari 4 cm, ada penyulit ke ginjal seperi gagal ginjal, hydroneprosis.

#### **5. Patofisiologi.**

Sejalan dengan pertambahan umur dimana kelenjar prostat akan mengalami hiperplasia dan jika prostat membesar, maka akan meluas ke



atas (kandung kemih) sehingga pada bagian dalam akan mempersempit saluran uretra prostatika dan menyumbat aliran urine. Keadaan ini meningkatkan tekanan intravesikal. Sebagai kompensasi terhadap tahanan uretra prostatika, maka otot detrusor dan kandung kemih berkontraksi lebih kuat agar bisa dapat memompa urine keluar. Kontraksi yang terus menerus menyebabkan perubahan anatomi dari kandung kemih berupa : hipertropi otot detrusor, trabekulasi, terbentuknya selula, sekula, dan vertikel kandung kemih. Tekanan intravesikal yang tinggi diteruskan keseluruhan bagian buli-buli tidak terkecuali pada kedua muara ureter, tekanan ini dapat menimbulkan aliran balik urine dari buli-buli ke uruter. Keadaan ini jika berlangsung terus menerus akan mengakibatkan *hidroureter*, *hidrofosis* bahkan akhirnya dapat jatuh kedalam gagal ginjal (Muttaqin & Sari, 2012).



(Prabowo,2014)

**Bagan 2.1**  
**Pathway**

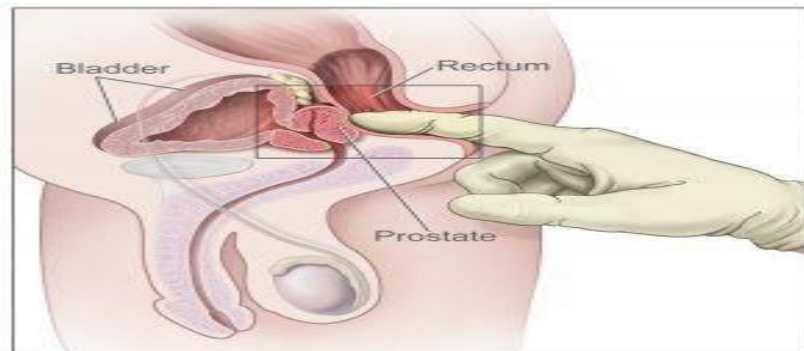
## **6. Manifestasi Klinik.**

BPH merupakan yang diderita oleh laki-laki dengan usia rata-rata lebih dari 50 tahun dan gambaran klinik dari BPH sebenarnya sekunder dari dampak obstruksi saluran sehingga klien kesulitan untuk miksi berikut ini adalah gambaran klinik dari klien BPH (Prabowo, 2014).

- a. Pada awalnya atau saat terjadi pembesaran prostat, tidak ada gejala, sebab tekanan otot dapat mengalami kompensasi untuk mengurangi resistensi uretra.
- b. Gejala obstruksi, hesitensi, ukurannya mengecil dan menekan pengeluaran urin, adanya perasaan berkemih tidak tuntas dan retensi urin.
- c. Terdapat gejala iritasi, berkemih mendadak, sering dan nokturia (Nursalam, 2008).

## **7. Pemeriksaan penunjang**

- a. pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada penderita BPH meliputi : (Purnomo, 2011).
- b. Pemeriksaan colok dubur (Rekta toucher)  
  
Pemeriksaan colok dubur adalah memasukan jari telunjuk yang sudah diberi pelicin kedalam lubang dubur. Pada pemerisaan colok dubur dinilai :



**Gambar 2.3**  
**Pemeriksaan Colok Dubur**

- 1) Tonus sfingter ani dan reflek bulbo-kavernosus (BCR)
- 2) Mencari kemungkinan adanya masa didalam lumen rektum.
- 3) Minimal keadaan prostate.

c. Laboratorium

- 1) Urinalisa untuk melihat adanya infeksi, hematuria.
- 2) Ureum, creatinin, elektrolit untuk melihat gambaran fungsi ginjal.

d. Pengukuran derajat berat obstruksi

- 1) Menentukan jumlah sisa urin setelah penderita miksi spontan (normal sisa urin kosong dan batas intervensi sisa urin lebih dari 100 cc).
- 2) Pancaran urin (*uroflowmetri*)
- 3) Syarat : Jumlah urin dalam visika 125 s/d 150 ml. Angka normal rata-rata 10 s/d 12 ml/detik, obstruksi ringan 6-8 ml/detik.

e. Pemeriksaan lain

- 1) BNO / IVP untuk menentukan adanya divertikal, penebalan *bladder*.

- 2) USG dengan *transurethral ultrasonografi prostat*. (TRSU P) untuk menentukan volume *prostat*
- 3) *Trans-abdomeninal* USG : untuk mendeteksi bagian prostat yang menonjol ke buli-buli yang dapat dipakai untuk meramalkan derajat berat obstruksi apabila batu dalam vesika.
- 4) *Cystoscopy* untuk melihat adanya penebalan pada dinding *bladder*.

## 8. Penatalaksanaan.

### a. Non Pembedahan

- 1) Memperkecil gejala obstruksi hal-hal yang menyebabkan pelepasan cairan prostat seperti, *prostatic massage*, frekuensi coitus meningkat dan masturbasi.
- 2) Menghindari minuman banyak dalam waktu singkat, menghindari alkohol dan diuretic mencegah over distensi kandung kemih akibat tonus otot *destrussor* menurun.
- 3) Menghindari obat-obat penyebab resistensi urine seperti: *anticholinergic*, *anti histamine*, dan *decongestan*.
- 4) 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.
- 5) 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 *suppressor androgen* dan golongan *alfa bloker*.

6) Fito Terapi

- a) *Hypoxis rosperi* (rumput)
- b) *Serenos repens* (palem)
- c) *Curcubita pepo* (waluh)

7) Pemberian obat golongan *suppressor androgen/* Anti androgen

- a) *Inhibitor 5 alfa reduktase*
- b) *Anti androgen*
- c) *Analog LHRH*

8) Pemberian obat golongan *alfa bloker/*obat penurun tekanan *diuretra-prostatika : prazosin, alfulosin, doxazensin , terazosin.*

9) Bila terjadi retensi urien

- a) Katerenisasi
- b) Dilakukan disfungsi blas
- c) Dilakukan *cystostomy*

10) *Prostetron ( trans uretral) microwave thermoterapy /TUMT)*

b. 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 (Jitowiyono, 2012).

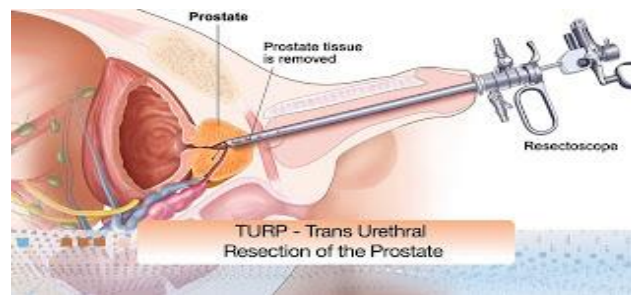
## **B. *Post Open Prostatectomy***

### **1. Definisi**

- a. Operasi *prostatectomy* terbuka adalah metode dari Millin, yaitu melakukan enukliasi kelenjar prostat melalui pendekatan *bretrapubik intravesika*, *Freyer* melalui pendekatan suprapubik tranvesika, atau transperineal. *Prostatectomy* terbuka adalah tindakan yang paling tua yang masih dilakukan saat ini, paling invasive, dan paling efisien sebagai terapi BPH. *Prostatectomy* terbuka dianjurkan untuk prostat yang sangat besar (> 100 gram) (Purnomo, 2013).
- b. *Post prostatectomy* adalah keadaan yang terjadi setelah operasi *prostatectomy/ pasca prostatectomy* (Dorlan, 2009). Dimana dari pengertian *post prostatectomy* terbuka dan *post prostatectomy*, penulis menyimpulkan bahwa *post open prostatectomy* adalah keadaan setelah pengangkatan prostat yang dilakukan jika prostat membesar >100 gram.

### **2. Prosedur pembedahan**

Reseksi *transuretra prostat* (TUR atau TURP) lebih umum dilakukan tanpa insisi melalui penggunaan alat endoskopi (Nursalam, 2008).



**Gambar 2.3**  
**Pembedahan TURP**

*Open prostatektomy* adalah pembedahan terbuka dengan melakukan enukleasi kelenjar prostat melalui pendekatan :

- a. Suprapubik merupakan insisi pada daerah suprapubik dan melalui dinding kandung kemih, yang sering dilakukan pada BPH.
- b. Perineal merupakan insisi antara skrotum dan daerah rektal, dilakukan bagi pasien dengan resiko pembedahan yang buruk tetapi resiko tinggi insidensi inkontinensia urin dan impotensi.
- c. Retropubik merupakan insisi pada daerah simpisis pubis resiko fungsi seksual 50% pasien.

### **3. Dampak.**

- a. Sistem pernafasan

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

- b. 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).



c. Sistem kardivaskulaer

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

d. Sistem pencernaan

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

e. Sistem perkemihan

Biasanya klien *post* operasi BPH 1-5 hari dipasang kateter dengan irigasi kandung kemih kontinu (*spooling*) (Brunner & Suddarth, 2013).

f. Sistem *integument*

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

g. Sistem *musculoskeletal*

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

h. 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).

#### 4. Indikasi

- a. Penderita BPH dengan rentesio urine atau perna retensio urine akut.
- b. Penderita BPH dengan retensio urine kronis artinya dalam buli-buli selalu lebih dari 300 cc.
- c. Penderitaa BPH dengan residural urine lebih dari 100 cc.
- d. Penderita BPH dengan penyulit : batu buli-buli, divertikel buli-buli, *hidronephrosis*, gangguan faal karena obstruksi.
- e. Pederita BPH yang tidak berhasil dengan terapi medikamentosa.

### C. Konsep Dasar Nyeri

#### 1. Definisi

Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan ekstensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya. Nyeri terjadi bersama proses penyakit, pemeriksaan diagnostik dan proses pengobatan. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan banyak orang. Perawat tidak bisa melihat dan merasakan nyeri yang dialami oleh klien, karena nyeri bersifat subjektif antara satu individu dengan individu lainnya berbeda dalam menyikapi nyeri (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. Mc. Mahon menemukan empat atribut pasti untuk pengalaman nyeri antara lain: nyeri bersifat individual, tidak

menyenangkan, merupakan kekuatan yang mendominasi dan bersifat tidak berkesudahan (Andarmayo, 2013).

### **3. Klasifikasi Nyeris**

#### **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. Batasan karakteristik nyeri**

Berikut ini terdapat batasan karakteristik nyeri menurut (Nurarif & Kusuma 2015) :

- a. Perubahan selera makan
- b. Perubahan tekanan darah
- c. Perubahan frekuensi jantung
- d. Perubahan frekuensi pernapasan
- e. Mengekspresikan perilaku ( misalnya gelisah, merengek, menangis )
- f. Melaporkan nyeri secara verbal.
- g. Gangguan tidur.

## 5. Penanganan Nyeri

### a. *Management* Nyeri Farmakologi

*Management* nyeri farmakologi dimana terapy menggunakan 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

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di ruang kutilang RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2016, dapat disimpulkan bahwa : Terapi non farmakologi salah satunya adalah terapi relaksasi progresif yang dapat diterapkan sebagai terapi pendamping selain terapi farmakologi atau sebagai bagian dari intervensi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien yang mengalami nyeri pasca operasi BPH (*Benigna Prostat Hyperplasia*), begitu juga peranan perawat dalam memberikan pengarahan, membimbing, dan menganjurkan pasien untuk dapat melaksanakan relaksasi progresif dalam mengatasi keluhan nyeri dan untuk pasien sebaiknya mempelajari berbagai tehnik manajemen nyeri khususnya relaksasi progresif agar secara mandiri dapat mempraktekkan sendiri ketika merasakan nyeri, sehingga nyeri dapat teralihkan dan bisa berkurang setelah melakukan terapi relaksasi progresif (Sunarsih dkk, 2017).

## 6. Pengkajian

### a. *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 (Andarmoyo, 2013).

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 menunjukkan 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.

### b. *Verbal Deskriptip Scale (VDS)*

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskripsi verbal merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun

dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsi ini di nilai dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”.

c. *Pain Assessment Behavioral Scale (PABS)*

Alat ukur nyeri dengan rentang skala nyeri 0: tidak nyeri, 1-3: nyeri ringan, 4-6: nyeri sedang, >7 nyeri berat.

#### **D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

Proses asuhan keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktik keperawatan hal ini dapat disebutkan sebagai suatu pendekatan untuk memecahkan masalah (*problem – solving*) yang memerlukan ilmu teknik, dan keterampilan interpersonal yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan klien, keluarga, dan masyarakat. Proses keperawatan terdiri atas lima tahap yang berurutan dan saling berhubungan yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Nursalam, 2011).

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap dari awal proses keperawatan sebagai dasar untuk memberikan asuhan keperawatan yang aktual dan tujuan dilakukan tahap pengkajian adalah mengumpulkan, mengorganisasi, dan mendokumentasikan data yang menjelaskan respon klien yang mempengaruhi pola kesehatan dan dimana pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis, dan logis akan mengarah dan mendukung identifikasi masalah kesehatan klien, masalah ini menggunakan data

pengkajian sebagai dasar formulasi untuk menegakan diagnosis keperawatan (Nursalam, 2011).

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 prostatektomy* 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).

- a. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya Integritas jaringan
- b. Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan obstruksi mekanik: bekuan darah, edema, trauma, prosedur bedah.

- c. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasive : alat selama pembedahan, kateter, irigasi kandung kemih dan insisi bedah.
- d. Resiko tinggi terhadap kekurangan volume cairan berhubungan dengan pendarahan.
- e. Resiko tinggi terhadap disfungsi seksual berhubungan dengan situasi krisis (inkontinensia, kebocoran urine setelah pengangkatan kateter, keterlibatan area genitalia)
- f. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi.

### 3. Perencanaan

Adapun rencana keperawatan berdasarkan diagnose keperawatan menurut Doenges, (2012) sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya Inkontinuitas jaringan

1) Tujuan : Rasa nyaman terpenuhi

Kriteria hasil : klien tampak rileks, tidur/istirahat dengan cukup.

2) Intervensi dan Rasional :

Mandiri

a) Kaji nyeri, perhatikan lokasi intensitas (skala 0-10)

Rasional : Nyeri tajam , intensitas dengan dorongan berkemih/pasase urine sekitar kateter menunjukkan spasme kandung kemih yang cenderung lebih berat pada pendekatan suprapubik (biasanya menurun setelah 48 jam)



b) Pertahankan posisi kateter dan sistem drainase. Pertahankan selang bebas dari lekukan dan bekuan.

Rasional : Mempertahankan fungsi kateter dan drainase sistem, menurunkan resiko distensi atau spasme kandung kemih

c) Berikan tindakan kenyamanan (sentuhan terapeutik, perubahan posisi, pijatan punggung dan aktivitas terapeutik. Dorong penggunaan teknik relaksasi progresif atau (latihan nafas dalam) visualisasi dan pedoman imajinasi

Rasional : Menurunkan tegangan otot, memfokuskan kembali perhatian, dan dapat meningkatkan kemampuan koping

d) Kolaborasi dalam pemberian obat tertentu

Berikan antipasmodik, contoh : oksibutinin klorida (Ditropan) :  
*B&O. Suppositoria : Proatelin Bromida (Pro-Bantanin)*

Rasional : 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

### Mandiri

- a) Kaji keluaran urine dan sistem kateter atau drainase khususnya selama irigasi kandung kemih

Rasional : Retensi dapat terjadi karena edema area bedah, bekuan darah dan spasme kandung kemih.

- b) Pasien memilih posisi normal untuk berkemih, contoh : berdiri, berjalan ke kamar mandi dengan frekuensi sering setelah kateter dilepas

Rasional : Mendorong pasase urine dan meningkatkan rasa normalitas

- c) Pertahankan waktu berkemih dan ukuran aliran setelah kateter dilepas. Perhatikan keluhan rasa penuh kandung kemih : ketidakmampuan berkemih urgensi.

Rasional : Kateter biasanya dilepas 2-5 hari setelah bedah tetapi berkemih dapat berlanjut menjadi masalah untuk beberapa waktu karena edema uretra dan kehilangan tonus.

- d) Dorong pasien untuk berkemih bila terasa dorongan tetapi tidak lebih dari 2-4 jam perprotokol.

Rasional : Berkemih dengan dorongan mencegah retensi urine berkemih untuk tiap 4 jam (nila ditoleransi) meningkatkan tonus kandung kemih dan membantu latihan ulang kandung kemih

- e) Ukur volume residu bila ada kateter suprapubik

Rasional : Mengawasi keefektifan pengosongan kandung kemih.

Residu lebih dari 50 ml menunjukkan perlunya kontinuitas kateter sampai tonus kandung kemih membaik

- f) Dorongan pemasukan cairan 3000 ml sesuai toleransi. Batasi cairan pada malam setelah kateter dilepas.

Rasional : Mempertahankan hidrasi adekuat dan perfusi ginjal untuk aliran urine. Penjadwalan masukan cairan menurunkan kebutuhan berkemih atau gangguan tidur selama malam hari.

- g) Intruksi pasien untuk latih perineal, contoh: mengencangkan, menghentikan dan memulai aliran urine.

Rasional : Membantu meningkatkan control kandung kemih atau spingter atau urine meminimalkan inkontinensia

- h) Anjurkan pasien bahwa penetasan diharapkan setelah kateter dilepas dan harus teratasi sesuai kemajuan.

Rasional : Informasi membantu pasien untuk menerima masalah. Fungsi normal dapat kembali dalam 2-3 minggu, terapi memerlukan sampai 8 bulan setelah pendekatan perineal.

- 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

### Mandiri

- a) Pertahankan sistem kateter steril, berikan perawatan kateter regular dengan sabun mandi dan air, berikan salep antibiotik di sekitar sisi kateter.

Rasional : Mencegah pemasukan bakteri dan infeksi atau sepsis lanjut

- b) Ambulasi dengan kantung drainase dependen.

Rasional : Menghindari reflex urine, yang dapat memasukkan bakteri ke dalam kandung kemih

- c) Awasi tanda vital, perhatikan demam ringan, menggigil, nadi dan pernafasan cepat, gelisah, peka, disorientasi.

Rasional : Pasien yang mengalami sistoskopi dan atau TURP beresiko untuk syok bedah atau septik sehubungan dengan manipulasi atau instrumental

- d) Observasi drainase dari luka sekitar kateter suprapubik.

Rasional : Ada drain, insisi suprapubik meningkatkan resiko untuk infeksi, yang diindikasikan dengan eriteme drainase purulent

- e) Ganti balutan dengan sering (insisi suora/retropubik dan perineal), pembersihan dan pengeringan kulit sepanjang waktu

Rasional : Balutan basah menyebabkan kulit iritasi dan memberikan media untuk pertumbuhan bakteri, peningkatan resiko infeksi luka.

f) Gunakan pelindung kulit tipe ostomi.

Rasional : Memberikan perlindungan untuk kulit sekitar, mencegah ekskroriasi dan menurunkan resiko infeksi

Kolaborasi

a) Berikan antibiotik sesuai indikasi.

Rasional : 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

Mandiri

a) Benamkan kateter, hindari manipulasi berlebihan

Rasional : Gerakan penarikan kateter dapat menyebabkan perdarahan atau pembentukan bekuan dan pembenaman kateter pada distensi kandung kemih

b) Awasi pemasukan dan pengeluaran.

Rasional : Indikator keseimbangan cairan dan kebutuhan pergantian. Pada irigasi kandung kemih, awasi pentingnya

perkiraan kehilangan darah dan sevara akurat mengkaji keluaran urine

- c) Observasi drainase kateter, perhatikan perdarahan berlenihan dan berlanjut.

Rasional : Perdarahan tidak umum terjadi selama 24 jam pertama tetapi perlu pendekatan perineal. Perdarahan kontinu/berat atau berulangnya perdarahan aktif memerlukan intervensi/evaluasi medis

- d) Evaluasi warna,kontensitas urine, contoh :

- (1) Merah terang dengan bekuan merah.
- (2) Peningkatan viskositas, warna keruh gelap dengan bekuan gelap
- (3) Perdarahan dengan tak ada bekuan

Rasional : Menandakan bahwa : Biasanya mengindikasikan perdarahan arterial dan memerlukan terapi cepat. Menunjukkan perdarahan dari vena (perdarahan dari vena (perdarahan yang paling umum) biasanya berkurang sendiri.

- e) Inpeksi balutan atau luka darah. Timbang balutan bila diindikasikan. Perhatikan pembentukan hematoma.

Rasional : Perdarahan dapat dibuktikan atau disingkirkan dalam jaringan perineum

f) Awasi tanda vital, perhatikan peningkatan nadi, pernafasan, penurunan TD, diaphoresis, pucat, perlambatan pengisian kapiler, dan memberan mukosa kering.

Rasional : Dehidrasi/ hypovolemia memerlukan intervensi cepat untuk mencegah berlajutnya ke syok, hipertensi, bradikardi, mual/muntah menunjukkan “syndrome TURP” memerlukan

g) Selidiki kegelisahan, kacau mental, perubahan perilaku.

Rasional : Dapat menunjukkan penurunan perfusi serebral (hypovolemia) atau indikasi edema serebral karena kelebihan cairan selama prosedur TURP.

h) Dorong pemasukan cairan 300 ml/hari kecuali kontraindikasi.

Rasional : Membilas ginjal/ kandung kemih dari bakteri dan debris tetapi dapat mengakibatkan intiksikasi cairan/kelebihan cairan bila tidak diawasi dengan ketat

i) Hidrasi pengukuran suhu rektal dan menggunakan scalang rektal/enema.

Rasional : Dapat mengakibatkan penyebaran iritasi terhadap dasarprostat dan penigkatan tekanan kapsul prostat dengan resiko perdarahan.

#### Kolaborasi

a) Awasi pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi, contoh :

Hb/Ht, jumlah sel darah merah.

Pemeriksaan koagulasi, jumlah trombosit.

Rasional : Menunjukkan bahwa :

- (1) Berguna dalam evaluasi kehilangan darah/kebutuhan pengganti.
- (2) Dapat mengindikasikan terjadi komplikasi, contoh : penurunan faktor pembekuan darah

b) Pertahankan traksi kateter menetap : plester kateter di bagian paha.

Rasional : Traksi terisi balon 30 ml diposisikan pada fosa uretral prostat akan membuat tekanan pada aliran darah pada kapsul prostat untuk membantu mencegah/mengontrol perdarahan

c) Kendorkan traksi dalam 4-5 jam. Catat periode pemasangan dan pengendoran traksi.

Rasional : Traksi lama dapat menyebabkan trauma/masalah permanen dalam mengontrol urine

d) Berikan pelunak feses, laksatif sesuai indikasi.

Rasional : Pencegahan konstipasi/ 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 situasu individual, menunjukkan keterampilan pemecahan masalah.

## 2) Intervensi dan Rasional

### Mandiri

- a) Berikan keterbukaan pada pasien atau orang terdekat untuk membicarakan tentang masalah inkontinensia dan fungsi seksual.

Rasional : Dapat mengalami ansietas tentang efek bedah dan dapat mempengaruhi kemampuan untuk menerima informasi yang diberikan sebelumnya

- b) Berdasarkan informasi akurat tentang harapan kembalinya fungsi seksual.

Rasional : 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

- c) Diskusikan dasar anatomi. Jujur dalam menjawab pertanyaan pasien.

Rasional : 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 dapat berulang

- d) Diskusikan ejakulasi retrograde bila pendekatan transurethral atau suprapubik digunakan.

Rasional : Cairan seminal mengalir dalam kandung kemih dan disekresikan melalui urine. Ini tidak mempengaruhi fungsi seksual tetapi akan menurunkan kesuburan dan menyebabkan urine keruh

- e) Intruksikan latihan perineal dan interupsi atau kontinu aliran urine.

Rasional : Meningkatkan peningkatan control otot kontinensia urinaria dan fungsi seksual

#### Kolaborasi

- 1) Rujuk ke penasehat seksual sesuai indikasi/

Rasional : 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

### Mandiri

- a) Kaji implikasi prosedur dan harapan masa depan.

Rasional : Memberikan dasar pengetahuan dimana pasien dapat membuat pilihan informasi

- b) Tekankan perlunya nutrisi yang baik : dorong konsumsi buah, meningkatkan diet tinggi serat.

Rasional : Meningkatkan penyembuhan dan mencegah komplikasi menurunkan resiko perdarahan pasca operasi

- c) Diskusikan pembatasan aktifitas awal, menghindari mengangkat berat, latihan keras, duduk atau mengendarai mobil terlalu lama, memanjat lebih dari dua tingkat tangga sekaligus.

Rasional : Peningkatan tekanan abdominal atau meningkatkan stress pada kandung kemih dan prostat, menimbulkan resiko perdarahan.

- d) Dorong kesinambungan latihan perineal.

Rasional : Membantu kontrol urinaria dan menghilangkan inkontinensia

- e) Intruksikan perawatan kateter urine bila ada identifikasi sumber alat atau dukungan.

Rasional : Meningkatkan kemandirian dan kompetensi dalam perawatan diri

- f) 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.

Rasional : Intervensi cepat dapat mencegah komplikasi serius.

Catatan : urine tampak keruh beberapa minggu sampai penyembuhan pasca operasi terjadi dan tampak keruh setelah koitus karena ejakulasi retrograde.

#### **4. Implementasi**

Implementasi adalah melaksanakan order keperawatan yang disusun dalam rencana oleh klien, perawat atau tenaga kesehatan lain untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengkajian berkesinambungan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah tindakan, dan menilai data yang baru. Dalam pelaksanaan membutuhkan keterampilan kognitif, interpersonal, psikomotor (Dermawan, 2012).

#### **5. Evaluasi**

Evaluasi adalah penilaian berkesinambungan dengan cara membandingkan kemajuan atau perubahan keadaan pasien secara menyeluruh kearah pemenuhan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap tahap perencanaan dengan membandingkan kemajuan klien (Dermawan, 2012).

Tujuan dari evaluasi adalah :

- a. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan.
- b. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan.

c. Meneruskan rencana tindakan keperawatan.

Jenis evaluasi terdiri dari : menurut (Dermawan, 2012).

**1) Evaluasi formatif**

Hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien pada saat dilakukan intervensi dan ditulis pada catatan perawatan.

**2) Evaluasi sumatif**

Merupakan rekapitulasi dari hasil observasi analisis status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada tahap perencanaan.

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP atau SOAPIE atau SOAPIER. Penggunaan tergantung dari kebijakan setempat, yang dimaksud SOAPIER yaitu : Subjektif Data, Objektif Data, Analisa atau Assesment, Planing, Implementasi, Evaluasi, Re-Assesment.

a) Data subjektif

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan.

b) Data objektif

Data objektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

c) Analisa data

Interpretasi data subjektif dan data objektif. Analisa merupakan suatu masalah atau diagnose keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah atau diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam bentuk subjektif dan objektif.

d) Planing

Perencanaan keperawatan yang akan dilakukan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

e) Implementasi

Merupakan suatu tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan), tuliskan tanggal dan jam perencanaan.

f) Evaluasi

Evaluasi adalah respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

g) *Re-assesment*

Perubahan rencana jika diperlukan atau ditemukan masalah keperawatan yang baru.