

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST TRANS-
URETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE* DENGAN
NYERI AKUT DI RUANG BEDAH 3A RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH dr. SOEKARDJO TASIKMALAYA**

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

ROSA DINI MAULIDA

AKX.16.117



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Rosa Dini Maulida
NPM : AKX.16.117
Program Studi : DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien *post Trans Urethral Resection Of The Prostate* dengan Nyeri Akut di Ruang Bedah 3A RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari mengambil alih tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiat/jiplak, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung, 10 April 2019

Yang Membuat Pernyataan


Rosa Dini Maulida

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST TRANS-URETHRAL
RESECTION OF THE PROSTATE* DENGAN NYERI AKUT DI RUANG
BEDAH 3A RSUD DR.SOEKARDJO TASIKMALAYA**

**OLEH
ROSA DINI MAULIDA
AKX.16.117**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji
pada tanggal 5 Mei 2019

Menyetujui,

Pembimbing Utama



**Ade Tika Herawati. M.Kep
NIK : 10107069**

Pembimbing Pendamping



**Anggi Jamiyanti. S.Kep., Ners
NIK : 10114149**

**Mengetahui,
Ketua Prodi DIII Keperawatan**



**Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep
NIK 1011603**

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST TRANS-URETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE* DENGAN NYERI AKUT DI RUANG BEDAH 3A RSUD DR.SOEKARDJO TASIKMALAYA

**OLEH
ROSA DINI MAULIDA
AKX.16.117**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi

Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Pada Tanggal 22 Mei 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua :Ade Tika Herawati, M.Kep

(Pembimbing Utama)

(.....)

Anggota :

1.

2. **Sumbara, S.Kep.,Ners.,M.Kep**

(Penguji I)

(.....)

3. **H. Rachwan Herawan, DRs.,Bsc.,M.Kes**

(Penguji II)

(.....)

4. **Anggi Jamiyanti,S.Kep.,Ners**

(Pembimbing Pendamping)

(.....)

Mengetahui,

STIKes Bhakti Kencana Bandung

Ketua,



Rd. Siti Jundiah, S.Kep., M.Kep

NIP. 10107064

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran 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 Trans Urethral Resection Of The Prostate* dengan Nyeri Akut di Ruang Bedah 3A RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya”** dengan sebaik-baiknya.

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

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

1. H. Mulyana, SH,M,Pd, MH.Kes selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd.Siti Jundiah, S,Kp.,M.Kep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Hj.Tuti Suprpti,S,Kp.,M.kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Ade Tika Herawati. M. Kep selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Anggi Jamiyanti. S.Kep.,Ners selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan tugas akhir perkuliahan ini
6. dr.H. Wasisto Hidayat, M.Kes selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah dr.Soekardjoe Kota Tasikmalaya yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Nandang Sukmayadi S.Kep.,Ners, selaku CI Ruang Bedah 3A, beserta Staf yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan

kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr.Soekardjoe Kota Tasikmalaya .

8. Kepada Papahku tersayang H. Nasrun dan Mamahku tercinta Hj. Rusna., Am.Kep serta Kakakku dan Abangku tersayang; drg. Rona Jumpa Maulana, Rozans Idhar., Amd. RO, Rozana Pusra., S.Kep., Ners, Ardian Nanda A.md juga anakku Raqash Arna Pratama, yang telah memberikan semangat dan motivasi.
9. Kepada Anestesi angkatan 12 dan Kelas C yang tidak dapat saya sebutkan namanya satu persatu.

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 yang lebih baik.

Bandung, 28 Maret 2019

Penulis

Rosa Dini Maulida

ABSTRAK

Latar Belakang : *Benigna Prostate Hyperplasia* (BPH) merupakan penyakit tersering kedua di klinik urologi di Indonesia setelah batu saluran kemih kurang lebih 13 juta penderita, maka dapat secara umumnya dinyatakan bahwa kira 0,8 juta pria atau 2,5% menderita penyakit BPH. Dari data yang diperoleh di ruang bedah 3A RSUD Soekardjo Tasikmalaya tercatat bahwa kasus bedah yang menempati urutan pertama yaitu kasus *Soft Tissue Tumor* (STT) dengan 237 kasus sedangkan jumlah pasien dengan kasus BPH menempati urutan ke-6 dengan jumlah 44 orang. BPH merupakan pembesaran non kanker dari kelenjar prostat yang dapat membatasi urine dikandung kemih. Masalah yang sering muncul pada BPH post *Trans Urethral Resection Of The Prostate* (TURP) salah satunya nyeri akut. **Metode :** Studi kasus yaitu mengeksplorasi suatu masalah/fenomena dengan Batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien BPH dengan Post TURP. **Hasil :** nyeri akut : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4 hari dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah teratasi pada kedua klien pada hari keempat. **Diskusi :** pasien BPH post TURP dengan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama, hal ini dipengaruhi oleh kondisi dan status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

Keyword : Asuhan keperawatan, Benigna Prostate Hyperplasia (BPH), Nyeri Akut, Trans Urethral Resection Of The Prostate (TURP).

Daftar Pustaka : 12 Buku (2009-2018), 1 Jurnal (2011-2018), 3 Website

ABSTRACT

Background: *Benign prostate hyperplasia (BPH) is the second most common disease in urology clinics in Indonesia after approximately 13 million urinary tract stones, it can generally be stated that approximately 0.8 million men or 2.5% suffer from BPH disease. From the data obtained in the surgery room 3A at RSUD Soekardjo Tasikmalaya, it was noted that the surgical cases ranked first, namely the Soft Tissue Tumor (STT) case with 237 cases while the number of patients with BPH cases ranked 6th with 44 people. BPH is a non-cancerous opening of the prostate gland that can limit urine in the bladder. One problem that often arises in post Trans Urethral Resection Of The Prostate (TURP) BPH is one of pain. Fear* **Method:** *A case study that explores a problem / phenomenon with detailed limitations, has in-depth data collection and includes various sources of information. This case study was conducted on two BPH patients with Post TURP.* **Results:** *Acute pain: after nursing care for 4 days by providing nursing intervention, the problem was resolved in both clients on the fourth day.* **Discussion:** *Post TURP BPH patients with acute pain do not always have the same response, this is confirmed by the condition and previous health status of the client. So that nurses must carry out comprehensive care to deal with nursing problems for each client.*

Keyword: Acute Pain, Benign Prostate Hyperplasia (BPH), Nursing care, Trans Urethral Resection Of The Prostate (TURP).

Bibliography: 12 Books (2009-2018), 1 Journal (2011-2018), 3 Websites

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Gambar	x
Daftar Tabel	xi
Daftar Bagan	xii
Daftar Lampiran	xiii
Daftar Lambang, Singkatan, dan Istilah	xiv
 BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan Penelitian	4
1.4. Manfaat	5
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Konsep Teori.....	7
a. Definisi	7
b. Anatomi dan Fisiologi	7
c. Etiologi	9

d. Patofisiologi	10
e. Manifestasi klinik	18
f. Penatalaksanaan	14
g. Pemeriksaan Penunjang	15
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan	17
2.2.1 Pengkajian	17
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	27
2.2.3 Perencanaan	27
2.2.4 Implementasi	28
2.2.5 Evaluasi	28
BAB III METODE PENULISAN KTI	
3.1 Desain Penelitian	36
3.2 Batasan Istilah	36
3.3 Partisipan/Responden/Subjek/Penelitian	37
3.4 Lokasi dan waktu penelitian	38
3.5 Pengumpulan Data	38
3.6 Uji Keabsahan Data	39
3.7 Analisa Data	40
3.8 Etik Penelitian	41
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil	45
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	45
4.1.2 Asuhan Keperawatan	46
4.2 Pembahasan	85
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	95
5.2 Saran	97
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Prostat.....	08
---------------------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kategori Keparahan BPH	12
Tabel 4.1 Identitas Klien.....	46
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan	46
Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari - hari.....	47
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik.....	49
Tabel 4.5 Pemeriksaan Psikologis	53
Tabel 4.6 Pemeriksaan Diagnostik	54
Tabel 4.7 Pengobatan dan Penatalaksanaan Medis	56
Tabel 4.8.1 Analisa Data Klien 1	56
Tabel 4.8.2 Analisa Data Klien 2.....	58
Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan	59
Tabel 4.10 Perencanaan & Rasional	62
Tabel 4.11.1 Implementasi Klien 1	66
Tabel 4.11.2 Implementasi Klien 2.....	74
Tabel 4.12 Evaluasi.....	82

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patofisiologi.....	10
------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Konsultasi KTI
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3 Lembar Observasi
- Lampiran 4 Jurnal
- Lampiran 5 Lembar Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus

DAFTAR SINGKATAN

BPH	: <i>Benigna Hyperplasia Prostatic</i>
TURP	: <i>Trans Urethral Resection Of The Prostate</i>
HB	: Hemoglobin
HCT	: Hematokrit
CRT	: Capillary Refil time
BB	: Berat Badan
RR	: Respirasi Rate
TD	: Tekanan Darah
DS	: Data Subjektif
DO	: Data Objektif
WHO	: World Health Organization
BAK	: Buang Air Kecil
BAB	: Buang Air Besar
C	: Celcius
TTV	: Tanda-Tanda Vital
RL	: Ringer Laktat
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Benigna prostatic hyperplasia (BPH) merupakan pembesaran non kanker(*noncancerous*) dari kelenjar prostat (*prostate gland*) yang dapat membatasi urin (kencing) dari kandung kemih (*bladder*). *Prostat hyperplasia* merupakan pembesaran glandula dan jaringan seluler kelenjar prostat yang berhubungan dengan perubahan endokrin berkenaan dengan proses penuaan. Kelenjar prostat mengitari leher kandung kemih dan uretra, sehingga hipertropi prostat sering menghalangi pengosongan kandung kemih (Doenges, 2010).

Prevalensi histologi BPH meningkat dari 20% pada laki-laki berusia 41-50 tahun, 50% pada laki-laki usia 51-60 tahun hingga lebih dari 90% pada laki-laki berusia di atas 80 tahun. Gejala pertama kali dapat muncul pada usia kurang lebih 30 tahun. Manifestasinya dapat berupa terganggunya aliran urin, sulit buang air kecil dan keinginan buang air kecil (BAK) namun pancaran urin lemah (Fadlol, 2013)

Menurut data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2013, diperkirakan terdapat sekitar 70 juta kasus degeneratif, salah satunya ialah BPH, dengan insidensi di negara maju sebanyak 19%, sedangkan di negara berkembang sebanyak 5.35% kasus. Tahun 2013 di Indonesia terdapat 9,2 juta kasus BPH, di antaranya diderita oleh laki-laki berusia di atas 60 tahun.

Benigna prostat hiperplasia (BPH) merupakan penyakit tersering kedua di klinik urologi di Indonesia setelah batu saluran kemih kurang lebih 13 juta penderita, maka dapat secara umumnya dinyatakan bahwa kira-kira 0,8 juta pria atau 2,5% menderita penyakit BPH (Riskesdas, 2013).

Dari data profil kesehatan provinsi Jawa Barat tahun 2012 didapatkan penderita dengan kasus BPH di rumah sakit dengan rentang usia 45-75 tahun didapat sebanyak 2.878 kasus. Dari data RSUD Al- Ihsan Kabupaten Bandung periode januari- mei 2014 terdapat 106 pasien dengan kasus BPH (Dinkes Provinsi Jawa Barat, 2019).

Dari data yang di peroleh di ruang bedah 3A RSUD Soekardjo Tasikmalaya tercatat bahwa kasus bedah yang menempati urutan pertama yaitu kasus *Soft Tissue Tumor* (STT) dengan 237 kasus sedangkan jumlah pasien dengan kasus BPH menempati urutan ke-6 dengan jumlah 44 orang. (Medical Record RSUD Kota Tasikmalaya,2018).

Masalah yang sering muncul pada klien BPH post *Trans Urethral Resection Of The Prostate* antara lain: hambatan eliminasi urine, nyeri akut, resiko infeksi, resiko perdarahan, retensi urine dan ansietas. 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). Ketidaknyamanan atau nyeri bagaimanapun keadaannya harus diatasi, karena kenyamanan merupakan kebutuhan dasar manusia. Seseorang yang mengalami nyeri akan berdampak pada aktivitas sehari-hari dan istirahatnya (Potter dan Perry, 2009).

Memilih asuhan keperawatan yang tepat merupakan tugas perawat, yaitu dengan mempertimbangkan jenis-jenis nyeri dari faktor-faktor yang mempengaruhi respon pasien terhadap nyeri. Dalam melaksanakan praktik keperawatan, perawat melakukan suatu proses keperawatan. Proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Proses keperawatan bersifat sistematis, berorientasi pada klien, berorientasi pada tujuan dan berkelanjutan serta dinamis (Rosdahl & Kowalski, 2009).

Berdasarkan uraian tersebut di atas maka penulis merasa tertarik untuk melakukan tindakan “Asuhan keperawatan pada klien post *Trans Urethral Resection Of The Prostate* dengan nyeri akut di Ruang Bedah 3A RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya”.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas bagaimanakah “Asuhan keperawatan pada klien post *Trans Urethral Resection Of The Prostate* dengan nyeri akut di Ruang Bedah 3A RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya”.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Melakukan Asuhan Keperawatan secara komprehensif dengan pendekatan asuhan keperawatan pada klien post *Trans Urethral Of The Prostate* dengan nyeri akut di Ruang Bedah 3A RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

1.3.2. Tujuan Khusus

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis berharap dapat melaksanakan :

- 1) Melakukan pengkajian pada asuhan keperawatan pada klien post *Trans Urethral Of The Prostate* dengan nyeri akut di Ruang Bedah 3A RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
- 2) Menetapkan diagnosa keperawatan pada asuhan keperawatan pada klien post *Trans Urethral Of The Prostate* dengan nyeri akut di Ruang Bedah 3A RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
- 3) Menyusun perencanaan tindakan keperawatan pada asuhan keperawatan pada klien post *Trans Urethral Of The Prostate* dengan nyeri akut di Ruang Bedah 3A RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

- 4) Melakukan tindakan keperawatan pada asuhan keperawatan pada klien post *Trans Urethral Of The Prostate* dengan nyeri akut di Ruang Bedah 3A RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
- 5) Melakukan evaluasi pada asuhan keperawatan pada klien post *Trans Urethral Of The Prostate* dengan nyeri akut di Ruang Bedah 3A RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

1.4. Manfaat

1.4.1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini di harapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran dan informasi dalam asuhan keperawatan pada post *Trans Urethral Resection Of The Prostate* dengan nyeri akut.

1.4.2. Manfaat Praktis

1) Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil keperawatan ini di harapkan mampu menjadi salah satu contoh intervensi non farmakologi penatalaksanaan untuk pasien post *Trans Urethral Resection Of The Prostate* dengan nyeri akut.

2) Peneliti

Mengaplikasikan ilmu yang diperoleh dalam perkuliahan khususnya dalam bidang penelitian serta memberi bahan masukan dalam perbandingan bagi peneliti selanjutnya. Peneliti di harapkan dapat memberikan tambahan data baru yang relevan

terkait dengan penatalaksanaan pasien post *Trans Urethral Resection Of The Prostate* dengan nyeri.

3) 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 *Trans Urethral Resection Of The Prostate*.

4) Institusi Pendidikan

Diharapkan asuhan keperawatan ini dapat menjadi referensi bacaan ilmiah mahasiswa untuk mengaplikasikan asuhan keperawatan dengan nyeri akut pada klien post *Trans Urethral Resection Of The Prostate*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Teori

2.1.1. Benigna Prostat Hyperplasia (BPH)

a. Definisi

Benigna prostat hipertropi(BPH) adalah pembesaran kelenjar dan jaringan seluler kelenjar prostat yang berhubungan dengan perubahan endokrin berkenaan dengan proses penuaan. (Suharyanto Toto,2013).

Benigna prostat hyperplasia (BPH) adalah suatu kondisi yang sering terjadi sebagai hasil dari pertumbuhan dan pengendalian hormone prostat. (Yuliana Elin,2011).

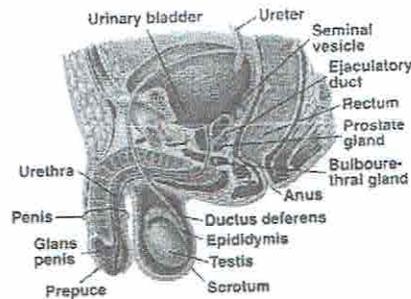
Benigna prostat hyperplasia adalah pembesar kelenjar prostat dan jaringan seluler yang berhubungan dengan perubahan endokrin dan sering terjadi karena hasil dari pertumbuhan dan pengendalian hormone prostat.

b. Anatomi Fisiologi

Kelenjar prostat terletak di bawah kandung kemih idan 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 3-4 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).

c. **Etiologi**

Penyebab yang pasti dari terjadinya BPH sampai sekarang belum diketahui. Namun yang pasti kelenjar prostat sangat tergantung pada hormon androgen. Faktor lain yang erat kaitannya dengan BPH adalah proses penuaan. Ada beberapa faktor 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 – testosterone

Pada proses penuaan pada pria terjadi peningkatan hormone estrogen dan penurunan testosterone 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

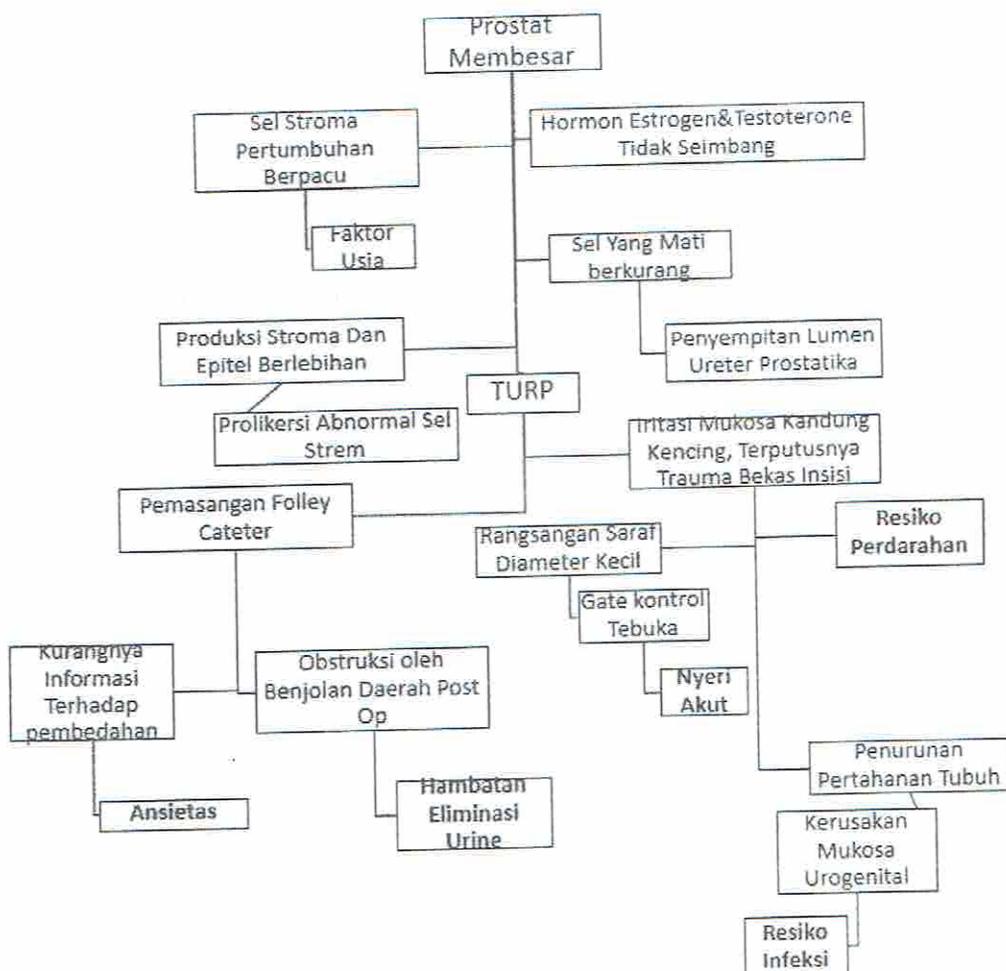
Sel stem yang mengikat mengakibatkan proliferasi sel transit (Padila, 2012).

d. **Patofisiologi**

Umumnya gangguan ini terdai setelah usia pertengahan setelah usia pertengahan akibat perubahan normal. Bagian paling dalam prostat membesar dengan terbentuknya adenoma yang tersebar. Pembrebaran ini mendesak jaringan prostat yang normal ke arah tepi dan juga menyempitkan uretra. Pembrebaran tersebut dapat menimbulkan dorongan sampai di bawah basis *vesika urinaria* (kandung kemih) sehingga mengakibatkan kesulitan buang air kemih. Kandung kemih mengatasi tahanan tersebut dengan kontraksi lebih kuat. Namun keadaan ini menyebabkan buang air kemih yang tidak efisien karena

air kemih yang dikeluarkan hanya sedikit dan menimbulkan urine sisa yang tertinggal di dalam kandung kemih.(Suharyanto, Toto, 2013).

Bagan 2.1
Pathway



(Sumber : Nurarif,2015)

e. **Manifestasi Klinik**

Pasien BPH dapat menunjukkan berbagai macam tanda dan gejala. Gejala BPH berganti-ganti dari waktu-kewaktu dan mungkin dapat semakin parah, menjadi stabil, atau semakin buruk secara spontan. Berbagai tanda dan gejala dapat dibagi dalam dua kategori: obstruktif (terjadi ketika faktor dinamik dan atau faktor statik mengurangi pengosongan kandung kemih) dan iritatif (hasil dari obstruktif yang sudah berjalan lama pada leher kandung kemih). (Yuliana, Elin, 2011).

Kategori keparahan BPH berdasarkan gejala dan tanda :

Tabel 2.1

Keparahan penyakit	Kekhasan gejala dan tanda
Ringan	Asimtomatik Kecepatan urinari puncak <10ml/s Volume urin residual setelah pengosongan >25-50 ml Peningkatan BUN dan kreatinin serum
Sedang	Semua tanda diatas ditambah obstruktif penghilang gejala dan iritatif penghilangan gejala (tanda dari detrusor yang tidak stabil)
Parah	Semua yang di atas ditambah satu atau dua komplikasi BPH

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. (Padila, 2011)

f. **Penatalaksanaan**

a. Perubahan gaya hidup

Yaitu mengurangi minum-minuman beralkohol dan yang mengandung kafein.

b. Pengobatan

1. Alpha blockers dapat merelaksasi otot prostat dan leher kandung kemih, dan menurunkan derajat hambatan aliran urine.
2. 5 α -reductase inhibitors digunakan Bersama dengan alpha blockers dapat menurunkan progresifitas pembesaran prostat.

- c. Kateterisasi.
- d. Pemberian obat antimicrobial.
- e. Pembedahan.

Terdapat beberapa bentuk operasi pada prostat, diantaranya:

1. Trans urethral resection of prostate (TURP).
2. Open prostatectomy
3. Laparoscopy prostatectomy
4. Robotic-assisted prostatectomy
5. Radical perineal prostatectomy
6. Radical retropubic prostatectomy
7. Transurethral electrovaporization of the prostate
8. Transurethral plasmakineic vaporization prostatectomy
9. Laser TURP
10. Visual laser ablation (VLAP)
11. Trans urethral microwave thermo therapy (TUMT)
12. Trans urethral needle ablation (TUNA)

(Suharyanto, Toto, 2013).

g. **Pemeriksaan penunjang**

- a. Pemeriksaan rectum: yaitu melakukan palpasi pada prosta melalui rectum atau rectal taoucher, untuk mengetahui pembesaran prostat. (Suharyanto, Toto, 2013).

- b. Urinalis: untuk mendeteksi adanya protein atau darah dalam air kemih, berat jenis dan osmolitas, serta pemeriksaan mikroskopik air kemih. (Suharyanto, Toto, 2013).
- c. Pemeriksaan laboratorium (darah)
Yaitu untuk mengetahui adanya peningkatan kadar *prostatespecific antigen*(PSA). (Suharyanto, Toto, 2013).
- d. Cystoscopy: untuk melihat gambaran pembesaran prostat dan perubahan dinding kandung kemih. (Suharyanto, Toto, 2013).
- e. Transrectal ultrasonography
Dilakukan untuk mengetahui pembesaran dan adanya hidronofrosis. (Suharyanto, Toto, 2013).
- f. Intravenous pyelography (IVP): untuk mengetahui struktur kaliks, pelvis dan ureter. Struktur ini akan mengalami distorsi bentuk apabila terdapat kista, lesi dan obstruksi. (Suharyanto, Toto, 2013).

2.1.2. Trans Urethral Resection Of Prostate (TURP)

Trans Urethral Resection Of The prostate (TURP) merupakan prosedur pembedahan yang dilakukan melalui endoskopi TURP dilaksanakan bila pembesaran terjadi pada lobus tengah yang langsung melingkari uretra. Sedapat mungkin hanya sedikit jaringan yang mengalami reseksi sehingga perdarahan yang besar dapat dicegah dan

kebutuhan waktu untuk bedah tidak terlalu lama. Retoskop sejenis instrument hamper serupa dengan *cystoscope* tapi dilengkapi dengan alat pemotongan dan couter yang disambungkan dengan arus listrik dimasukan lewat uretra. Kandung kemih dibilas terus menerus selama prosedur berjalan. Pasien mendapat alat untuk masa terhadap shock listrik dengan lempeng logam yang diberikan pelumas yang ditempatkan pada bawah paha. Kepingan jarigan yang halus dibuang dengan irisan dan tempat pendarahan dihentikan dengan couterisasi. Setelah TURP dipasang folley kateter tiga saluranukuran 24 fr yang dilengkapi balon 30-40 ml. setelah balon kateter dikembangkan, kateter ditarik kebawah sehingga balon berada pada fosa prostat yang bekerja sebagai hemostat. Kemudian ditraksi pada kateter folley untuk meningkatkan tekanan pada daerah operasi sehingga mengendalikan penarahan. Ukuran kateter yang besar dipasang untuk memperlancar membuang gumpalan darah dari kandung kemih. (Sjamsuhidajat, 2011).

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian

- a. Pengumpulan data
 1. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, suku bangsa, tanggal masuk ke RS, tanggal operasi, tanggal pengkajian, diagnose medis dan alamat.

2. Identitas penanggung jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, hubungan dengan klien dan alamat.

3. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

1. Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Menguraikan saat keluhan pertama kali dirasakan klien saat masuk rumah sakit. Biasanya pada klien dengan BPH akan mengeluh pancaran urin melemah, terasa ada sisa miksi disebut gejala obstruktif dan gejala iritatif dapat berupa urgensi, frekuensi serta dysuria. (Padila,2012).

2. Keluhan utama saat dikaji

Keluhan yang paling dirasakan oleh klien saat dikaji, diuraikan dalam konsep PQIRST dalam bentuk narasi. Pertanyaan meliputi nyeri.

Provokatif : Nyeri dirasakan seperti apa dan terjadi saat melakukan aktivitas ringan sampai berat.

Quality : Seperti apa keluhan nyeri dalam melakukan aktivitas yang dirasakan atau digambarkan oleh klien.

Region : Apakah nyeri bersifat sementara atau terdapat penyebaran.

Scale : Kaji rentang kemampuan klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Biasanya kemampuan klien dalam beraktivitas menurun karena terpasang kateter post TURP.

Timing : Sifat mula timbulnya, keluhan nyeri biasa timbulnya secara tiba-tiba. Lama timbulnya nyeri baik saat istirahat atau sedang beraktivitas. (Muttaqin,2014).

b. Riwayat kesehatan dahulu

Mengidentifikasi riwayat kesehatan yang memiliki hubungan dengan klien atau yang memperberat keadaan penyakit yang di derita saat ini.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Mengidentifikasi apakah di keluarga ada riwayat penyakit menular atau turunan atau keduanya.

4. Pola aktivitas sehari-hari

a. Nutrisi

Anoreksia, mual, muntah. Penurunan berat badan (Doenges,2012).

b. Eliminasi

Penurunan kekuatan/dorongan aliran urine, tetesan. Keragu-raguan pada saat berkemih awal. Ketidakmampuan untuk mengosongkan kandung kemih dengan lengkap, dorongan dan frekuensi berkemih. Nocturia,dysuria,hematuria. Duduk untuk berkemih. ISK berulang, riwayat batu (stasis urinaria). Konstipasi (protisi prostat kedalam rectum). Massa padat dibawah abdomen bawah abdomen bawah (distensi kandung kemih), nyeri tekan kandung kemih. (Doenges,2012)

c. Istirahat tidur

Keluhan yang sering dirasakan oleh klien adalah gangguan istirahat tidur di sebabkan klien merasa nyeri post operasi.

d. Personal hygiene

Meliputi mandi, gosok gigi, keramas, gunting kuku dan mengganti pakaian. Keluhan yang sering dirasakan klien adalah klien tidak mampu melakukan personal hygiene secara mandiri.

e. Aktivitas

Mengkaji bagaimana aktifitas yang dilakukan klien pada saat di rumah sakit dan di rumah dilakukan secara mandiri atau dibantu. Keluhan yang sering dirasakan klien adalah melakukan aktivitas lebih banyak dibantu karena kelemahan fisik maupun akibat dari terpasang kateter dan prosedur operasi.(Purwanto,2016).

5. Pemeriksaan fisik

a. Sistem pernapasan

Pada pasien BPH post TURP atau prostatektomi tidak ada gangguan pada pernapasan.(Muttaqin,2014).

b. Sistem kardiovaskular

Dilakukan dengan pemeriksaan tekanan darah, nadi dan suhu. Nadi dapat meningkat pada keadaan kesakitan pada retensi urine akut, dehidrasi sampai syok pada retensi urine serta urosepsis sampai syok septik. (Padila,2012)

c. Sistem pencernaan

Pemeriksaan abdomen dilakukan dengan teknik bimanual untuk mengetahui adanya hidronefrosi, dan pyelonefrosi. Pada daerah supra simfiser pada keadaan retensi akan menonjol. Saat palpasi terasa adanya ballotemen dan klien

akan terasa ingin miksi. Perkusi dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya residual urine. (Padila,2012)

d. Sistem genitourinaria

Penis dan uretha untuk mendeteksi kemungkinan stenose meatus, striktur uretha, batu uretha, karsinoma maupun fimosis. Pemeriksaan skrotum untuk menentukan adanya epididymitis. (Padila,2012)

e. Sistem endokrin

Melalui auskultasi, pemeiksa dapat mendengar bising. Bising kelenjar tiroid menunjukkan vaskularisasi akibat hiperfungsi tiroid. (Muttaqin, 2014).

f. Sistem persyarafan

Kesadaran composmentis, didapat sianosis atau tidak. Pengkajian objektif klien : wajah meringid, menangis, merintih, meregang dan menggeliat (Muttaqin.2014).

a. Test Nervus Cranial

1) Nervus Olfaktorius (N.I)

Nervus olfaktorius merupakan saraf sensorik yang fungsinya hanya satu, yaitu mencium bau, menghidu (penciuman, pembauan). Kerusakan saraf ini menyebabkan hilangnya penciuman(anosmia), atau

berkurangnya penciuman(hyposmia). (Judha & Rahil, 2011).

2) Nervus Optikus (N.II)

Penangkap rangsang cahaya ialah sel batang dan kerucut yang terletak di retina. Impuls alat kemudian dihantarkan melalui serabut saraf yang membentuk nervus optikus. (Judha & Rahil, 2011).

3) Nervus : Okulomotorius, Trochearis , Abdusen (N.III.IV.VI)

Fungsi nervus III,IV,VI saling berkaitan dan diperiksa bersama-sama. Fungsinya ialah menggerakkan otot mata ekstraokuler fan mengangkat kelopak mta. Serabut otonom nervus III mengatur otot pupil. (Judha & Rahil, 2011).

4) Nervus Trigeminus (N.V)

Terdiri dari dua bagian yaitu bagian sensorik (poriso mayor) dan bagian motoric (porsio minor). Bagian motoric mengurus otot mengunyah. (Judha & Rahil, 2011).

5) Nervus Facialis (N. VII)

Nervus fasialis merupakan saraf motoric yang menginervasi otot-otot ekspresi wajah. Juga membawa

serabut parasimpatis ke kelenjar ludah dan lakrimalis. Termasuk sensasi pengecapatan 2/3 bagian anterior lidah. (Judha & Rahil, 2011).

6) Nervus Auditorius (N.VIII)

Sifatnya sensorik, mensarafi alat pendengaran yang membawa rangsangan dari telinga ke otak. Saraf ini memiliki 2 buah kumpulan serabut saraf yaitu rumah keong (koklea) disebut akar tengah adalah saraf untuk mendengar dan pintu halaman (vetibulum), disebut akar tengah adalah saraf untuk keseimbangan. (Judha & Rahil, 2011).

7) Nervus Glasofaringeus

Sifatnya majemuk (sensorik + motoric), yang mensarafi faring, tonsil dan lidah. (Judha & Rahil, 2011).

8) Nervus Vagus

Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut. (Judha & Rahil, 2011).

9) Nervus Assesorius

Saraf XI menginervais sternocleidomastoideus dan trapezius menyebabkan gerakan menoleh (rotasi) pada kepala. (Judha & Rahil, 2011).

10) Nervus Hipoglosus

Saraf ini mengandung serabut somato sensorik yang menginervasi otot intrinsic dan oto ekstrinsik lidah. (Judha & Rahil, 2011).

g. Sistem integument

Pemeriksaan wajah pada klien bertujuan menemukan tanda-tanda yang menggambarkan kondisi klien terkait dengan keluhan yang dirasakannya. (Muttaqin,2014).

h. Sistem musculoskeletal

Biasanya pada klien dengan BPH post TURP maupun prostatektomi mengalami gangguan kekuatan otot,atau mengalami gangguan mobilisasi akibat terpasang kateter. (Muttaqin,2014).

i. Sistem penglihatan

Pada sistem peglihatan biasanya yang dapat dikaji oleh perawat adalah warna konjungtiva, sklera dan gangguan visus. (Muttaqin, 2014).

j. Wicara dan THT

Kebanyakan pada klien dengan BPH tidak mengalami gangguan pendengaran. (Muttaqin,2014).

6. Data psikologis

Meliputi status emosi, kecemasan, pola koping, gaya komunikasi dan konsep diri. (Muttaqin, 2014).

7. Data sosial

Hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, masyarakat dan lingkungan saat sakit. (Muttaqin, 2014).

8. Data spiritual

Mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimism kesembuhan penyakit, gangguan dalam melaksanakan ibadah. (Muttaqin, 2014).

9. Data penunjang

Semua prosedur diagnostic dan lab yang di jalani klien. Hasil pemeriksaan di tulis termasuk nilai rujukan, pemeriksaan terakhir secara berturut-turut dan berhubungan dengan kondisi klien. (Muttaqin, 2014).

10. Program rencana pengobatan

Terapi yang diberikan diidentifikasi mulai nama obat, dosis, waktu dan bagaimana cara pemberian obat tersebut. (Muttaqin, 2014).

2.2.2. 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 Nurarif tahun 2015, Doenges tahun 2012 dan adalah :

- a. Hambatan eliminasi urine berhubungan dengan sumbatan saluan pengeluaran urine pada kandung kemih : Benigna Prostatic Hyperplasia
- b. Nyeri akut berhubungan agent injury fisik(spasme kandung kemih).
- c. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan sebagai efek sekunder pembedahan.
- d. Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma efek samping pembedahan.
- e. Retensi urine
- f. Ansietas berhubungan dengan perasaan takut terhadap tindakan pembedahan.

2.2.3. Perencanaan

Adapun rencana keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan sebagai berikut:

a. Hambatan eliminasi urine berhubungan dengan sumbatan saluran pengeluaran urine pada kandung kemih : Benigna Prostatic Hyperplasia dengan kriteria hasil :

1. Kandung kemih kosong secara penuh.
2. Tidak ada residu urine > 100-200 cc
3. Intake cairan dalam rentang normal
4. Bebas dari infeksi saluran kemih
5. Tidak ada spasme bladder
6. Balance cairan seimbang

Intervensi	Rasional
Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia(misalnya, output urine, pola berkemih, fungsi kognitif dan masalah kencing praeksisten).	Mengidentifikasi karakteristik fungsi kandung kemih (efektivitas pengosongan kandung kemih, fungsi ginjal, dan keseimbangan cairan). (Wilkinson,2016)
Memantau penggunaan obat dengan sifat antikolinergik atau property alpha agonis.	Mengidentifikasi reaksi obat yang dapat mengganggu pengosongan kandung kemih. (Wilkinson,2016)
Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blokera dan antikolinergik.	Mengidentifikasi reaksi obat yang dapat mengganggu pengosongan kandung kemih. (Wilkinson,2016)
Menyediakan penghapusan privasi	Memberi privasi kepada klien (Wilkinson,2016)
Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau siram toilet.	Mendorong keinginan pasien untuk berkemih (Wilkinson,2016)
Merangsang reflek kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut, membelai tinggi batin atau air	Memberi rangsangan untuk keinginan berkemih (Wilkinson,2016)
Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih (10 menit). Gunakan spirit wintergreen di pispot atau urinal	Meningkat kepuasan klien dalam berkemih (Wilkinson,2016)
Menyediakan maneuver crede yang diperlukan	Waktu dan jenis program kandung kemih tergantung pada jenis cedera (Wilkinson,2016)

Gunakan double-void teknik.	Melatih mengontrol waktu berkemih (Wilkinson,2016)
Masukkan kateter kemih dengan sesuai .	Mengevaluasi jika klien tidak dapat mengosongkan kandung kemih (Wilkinson,2016)
Instruksikan cara-cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja.	Mengevaluasi cara untuk menghindari konstipasi atau impaksi tinja(Wilkinson,2016)
Memantau asupan dan keluaran	Mengidentifikasi intake dan output sesuai kebutuhan (Wilkinson,2016)
Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi	Mengevaluasi terjadinya distensi kandung kemih (Wilkinson,2016)
Membantu dengan toilet secara berkala	Mendorong klien untuk berkemih secara berkala (Wilkinson,2016)
Menerapkan kateterisasi intermiten	Kateterisasi diperlukan sebagai pengobatan dan untuk mengevaluasi jika klien tidak dapat mengosongkan kandung kemih atau menahan urin (Wilkinson,2016)
Merujuk ke spesialis kontinensia kemih.	Kolaborasi untuk penanganan terhadap klien secara optimal (Wilkinson,2016)

b. Nyeri akut berhubungan agent injury fisik(spasme kandung kemih) dengan kriteria hasil :

1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmkologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri).
4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

Intervensi	Rasional
Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan faktor presipitasi.	Membantu mengevaluasi derajat ketidaknyamanan dan efektivitas analgesia atau dapat mengungkapkan perkembangan komplikasi.(Doenges,2012).
Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan,	Isyarat non verbal dapat atau tidak mendukung intensitas nyeri.(Doenges,2012).
Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.	Ansietas dan ketakutan dapat meningkatkan relaksasi dan kenyamanan. (Doenges,2012).
Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri.	Penangan sukses terhadap nyeri membutuhkan keterlibatan klien (Doenges,2012).
Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau.	Keterlibatan klien dapat membantu penurunan intensitas nyeri (Doenges,2012).
Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan control nyeri masa lampau.	Membantu mengevaluasi keefektifan control terhadap nyeri (Wilkinson,2016)
Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.	Penggunaan teknik efektif memberi kekuatan positif dapat membantu penangan nyeri. (Doenges,2012).
Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan.	Untuk meningkatkan manajemen nyeri non farmakologi.(Doenges,2012).
Kurangi faktor presipitasi nyeri.	Meningkatkan istirahat dan meningkatkan kemampuan coping.(Doenges,2012).
Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, nonfarmakologi, dan interpersonal).	Membantu klien beristirahat lebih efektif dan memfokuskan kembali perhatian sehingga mengurangi nyeri dan ketidaknyamanan.(Doenges,2012).
Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi.	Mengupayakan penanganan nyeri sesuai kebutuhan klien.(Doenges,2012).
Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi.	Memfokuskan kembali perhatian, meningkatkan relaksasi dan dapat menimbulkan kemampuan coping (Doenges,2012).
Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.	Meredakan nyeri, meningkatkan kenyamanan dan meningkatkan istirahat.(Doenges,2012).
Evaluasi keefektifan control nyeri.	Pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas medikasi dan kemajuan penyembuhan.(Doenges,2012).
Tingkatkan istirahat.	Mengurangi ketegangan otot, meningkatkan relaksasi, dan dapat meningkatkan kemampuan coping.(Doenges,2012).
Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.	Perubahan pada karakteristik nyeri dapat mengidentifikasi suatu komplikasi.(Doenges,2012).

Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri.	Penggunaan presepsi nyeri sendiri/perilaku untuk menghilangkan nyeri dapat membantu pasien mengatasi nyeri. (Doenges,2012).
Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat	Membantu mengenal lokasi, karakteristik, kualitas dan derajat nyeri (Wilkinson,2016)
Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi	Untuk mengetahui jenis obat, dosis dan frekuensi yang akan digunakan klien (Wilkinson,2016)
Cek riwayat alergi	Mengidentifikasi adanya alergi terhadap obat yang akan diberikan kepada klien (Doenges,2012).
Pilih analgesic yang diperlukan atau kombinasi analgesic ketika pemberian lebih dari satu	Mengevaluasi skala nyeri sesuai dengan jenis obat analgesik (Wilkinson,2016)
Tentukan pilihan analgesic tergantung tipe dan berat nyeri	Meminalkan analgesik dari dosis tinggi ke dosis yang rendah (Wilkinson,2016)
Tentukan analgesik pilihan, rute, pemberian dan dosis optimal	Pemberian analgetik sesuai indikasi (Wilkinson,2016)
Pilih rute pemberian secara iv, im untuk pengobatan nyeri secara teratur	Pemberian analgetik sesuai indikasi (Wilkinson,2016)
Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali	Mengidentifikasi kenaikan dan penurunan vital sign (Wilkinson,2016)
Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat	Membantu pengurangan intensitas nyeri (Wilkinson,2016)
Evaluasi efektifitas analgesik, tanda dan gejala.	Mengevaluasi keefektifan analgesik terhadap tanda dan gejala. (Wilkinson,2016)

c. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan sebagai

efek sekunder pembedahan dengan kriteria hasil :

1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi.
2. Mendeskripsikan proses penularan serta penatalaksanaan.
3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
4. Jumlah leukosit dalam batas normal.
5. Menunjukkan perilaku hidup sehat.

Intervensi	Rasional
Infection control	Untuk meningkatkan pemulihan dan pencegahan komplikasi.(Doenges,2012).
Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain	Meningkatkan pencegahan terjadinya infeksi.(Doenges,2012).
Pertahankan teknik isolasi	Untuk menciptakan lingkungan yang aseptik (Doenges,2012)
Batasi pengunjung bila perlu	Meminimalkan penularan infeksi (Wilkinson,2016)
Instruksi pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung meninggalkan pasien	Untuk mencegah terjadinya infeksi. (Doenges,2012).
Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan	Untuk mencegah terjadinya infeksi. (Doenges,2012).
Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan	Untuk meminimalkan penyebaran infeksi. (Doenges,2012).
Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung	Teknik steril membantu untuk mencegah infeksi bakteri (Doenges,2012).
Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat	Membatasi sumber infeksi (Wilkinson,2016)
Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum.	Membatasi sumber infeksi yang dapat menimbulkan sepsis pada klien. (Doenges,2012).
Gunakan kateter intermitten untuk menurunkan infeksi kandung kencing	Untuk mencegah proses penyebaran infeksi (Wilkinson,2016)
Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local	Menevaluasi tanda dan gejala infeksi (Wilkinson,2016)
Monitor hitung granulasit,WBC	Mengidentifikasi factor resiko infeksi pada klien (Wilkinson,2016)
Monitor kerentangan terhadap infeksi	Meminimalkan kerentangan terhadap infeksi (Wilkinson,2016)
Batasi pengunjung	Meminimalkan proses penyebaran infeksi (Doenges,2012)
Pertahankan teknik asepsis pada pasien yang beresiko	Meminimalkan proses penyebaran infeksi.(Doenges,2012).
Inspeksi kondisi luka/insisi bedah	Mengevaluasi proses penyebaran infeksi pada luka operasi(Wilkinson,2016)
Dorong masukkan nutrisi yang cukup	Pemenuhan nutrisi yang cukup dapat meminimalkan proses terjadinya infeksi (Wilkinson,2016)
Dorong masukan cairan	Meminimalkan proses penyebaran infeksi (Wilkinson,2016)
Dorong istirahat yang cukup	Meminimalkan proses penyebaran infeksi (Wilkinson,2016)
Instruksikan pasien untuk minum antibiotic sesuai resep	Membantu pengurangan proses penyebaran infeksi (Wilkinson,2016)
Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	Mengevaluasi pengetahuan gejala terhadap tanda dan gejala infeksi (Wilkinson,2016)
Ajarkan cara menghindari infeksi	Mengetahui pencegahan infeksi(Wilkinson,2016)
Laporkann kecugiraan infeksi	

d. Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma efek samping pembedahan dengan kriteria hasil :

1. Tidak ada hematuria dan hematemesis.
2. Kehilangan darah yang terlihat.
3. Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastole.
4. Tidak ada distensi abdominal.
5. Hemoglobin dan hematocrit dalam batas normal.
6. Plasma, PT, PTT dalam batas normal

Intervensi	Rasional
Bleeding precautions Monitor tanda-tanda perdarahn	Simtomatologi dapat berguna dalam mengukur berat/lamanya episode perdarahan. Memburuknya gejala dapat menunjukkan berkelanjutan perdarahan atau tidak adekuatnya pergantian cairan. (Doenges,2012).
Mencatat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadi perdarahan	Untuk menentukan kebutuhan pengantian darah dan mengawasi keefektifan terapi. (Doenges,2012).
Monitor nilai LAB	Untuk menentukan kebutuhan pengantian darah dan mengawasi keefektifan terapi. (Doenges,2012).
Monitor TTV	Perubahan TD dan nadi dapat digunakan untuk perkiraan kasar kehilangan darah. (Doenges,2012).
Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif Kolaborasi dalam pemberian produk darah	Mengevaluasi keefektifan terapi.(Doenges,2012). Penggantian cairan tergantung pada derajat hypovolemia dan lama perdarahan. (Doenges,2012).
Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan	Menghindari faktor terjadinya perdarahan. (Doenges,2012).
Hindari pengukuran suhu lewat rectal	Menghindari faktor terjadinya perdarahan. (Doenges,2012).
Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant	Menghindari faktor terjadinya perdarahan. (Doenges,2012)
Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yag banyak mengandung vitamin K	Menghindari faktor terjadinya perdarahan. (Doenges,2012).

Pahami prespektif pasien terhadap situasi stress	Menunjukkan perhatian dan keinginan untuk membantu. Membantu dalam diskusi tentang subyek sensitive(Doenges,2012)
Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut.	Menyatakan penerimaan dan menghilangkan rasa malu klien(Doenges,2012)
Dorong keluarga untuk menemani anak	Mendefinisikan masalah, memberikan kesempatan untuk menjawab pertanyaan, memperjelas kesalahan konsep, dan solusi pemecahan masalah(Doenges,2012)
Dengarkan penuh perhatian.	Menunjukkan perhatian dan keinginan untuk membantu. Membantu dalam diskusi tentang subyek sensitive(Doenges,2012)
Identifikasi tingkat kecemasan	Memungkinkan klien untuk menerima kenyataan dan menguatkan kepercayaan pada pemberi perawatan dan pemberian informasi (Doenges,2012)
Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, keakutan, prsepsi	Menunjukkan perhatian dan keinginan untuk membantu. Membantu dalam diskusi tentang subyek sensitive(Doenges,2012)
Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi.	Teknik nonfarmakologi seperti relaksasi dapat menurunkan intensitas penurunan tingkat kecemasan pada klien(Doenges,2012)
Berikan obat untuk mengungai kecemasan.	Penggunaan obat dapat mengurangi tingkat kecemasan yang dirasakn oleh klien.(Doenges,2012)