

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
PROSTATEKTOMI DENGAN NYERI AKUT DI RUANG
TOPAZ RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DR. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan
UNIVERSITAS Bhakti Kencana Bandung

Oleh :

M . RIZKY NURUL ICHSAN

AKX.17.109



**PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA
2020**

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama: MOCH. Rizky Nurzul ICHSAN

NPM: Aky 17109

Fakultas: KEPERAWATAN

Prodi: D III

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul:

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI PROSTATEKTOMI DENGAN NYERI AKUT DI RUANG TOPAZ RUMAH SAKIT DR. SLAMET GARUT

Bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari penelitian dan karya ilmiah tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

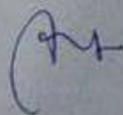
Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun juga dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, 03 Oktober 2020

Yang membuat pernyataan,

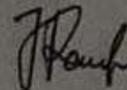


Pembimbing I



Tuti Suprapti, S.Kep., M.Kep

Pembimbing II



Irfan Safarudin, S.Kep., Ners

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
PROSTATEKTOMI DENGAN NYERI AKUT DI RUANG
TOPAZ RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DR. SLAMET GARUT**

OLEH

M. RIZKY NURUL ICHSAN

AKX.17.109

Proposal penelitian ini telah disetujui oleh panitia penguji pada tanggal seperti tertera dibawah ini

Menyetujui

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep

NIK : 02016020178



Irfan Safarudin, S.Kep.,Ners

NIK : 02014020173

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Dede Nur Azziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep

NIK 02001020009

LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI PROSTA
TEKTOMI DENGAN NYERI AKUT DI RUANG TOPAZ
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
DR. SLAMET GARUT**

OLEH

M . RIZKY NURUL ICHSAN
AKX.17.109

Telah berhasil di pertahankan dan di uji dihadapan panitia penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung, 29 agustus 2020

PANITIA PENGUJI

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


(.....)

(Pembimbing Utama)

Anggota:

Penguji 1:

Dede Nur Azziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep

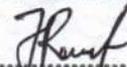

(.....)

Penguji 2: A. Aep Indarna S.Kep.,Ners., M.Pd


(.....)

Pembimbing Pendamping:

Irfan Safarudin, S.Kep.,Ners


(.....)

Mengetahui,
Dekan Fakultas Keperawatan



Rd. Siti Jundjah, S.Kp., M.Kep
NIK: 2007020132

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan di bawah ini: ▼

Nama:

NPM:

Fakultas:

Prodi:

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul:

.....
.....

Bebas dari plagiarism dan bukan hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau ebagian dari penelitian dan karya ilmiah tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun juga dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung,20.....

Yang membuat pernyataan,

.....

Pembimbing I



Tuti Suprapti, S.Kep., M.Kep

Pembimbing II



Irfan Safarudin, S.Kep., Ners

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat 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 PROSTATEKTOMI DENGAN NYERI AKUT 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 di Universitas Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih 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. Dr. Entris Sutrisno, M.Hkes., Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana
3. Rd.Siti Jundiah, S.Kp., Mkep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
4. Dede Nur Azziz Muslim, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
5. Tuti Suprapti, S.Kep., M.Kep, selaku Pembimbing.
6. Irfan Safarudin, S.Kep., Ners, selaku pembimbing pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ini
7. Dr.H. Husodo Dewo Adi, SpOT selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini

8. H. Deni S., S.Kep.,Ners., MMRS, selaku CI Ruangan Topaz yang memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut
9. Teruntuk kedua orang tua tercinta yaitu Ayahanda Yuyu Wachyudien dan Ibunda Aini Kurnia, nenek Euis Kaswati, kakak Gilang Satria P S.I.Kom, adik Kharisma Bintang Puteri P, M . Tazka Nurul Huda, M . Dhyaulhaq Nurul Izzati yang telah memberikan do'a dan dorongan semangat serta dukungan yang tulus demi keberhasilan penulis
10. Untuk Mila Widianti A.Md.Kep, Neng Seni Agustine, Siti Osah Rohimah, dan Miftakhul Huda yang telah memberikan semangat dan dukungan dalam penyusunan karya tulis ini
11. Rekan-rekan seperjuangan di DIII Keperawatan Umum 2017 yang telah memberikan motivasi, semangat, serta dukungan dalam penyusunan karya tulis ini
12. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik

Bandung, Agustus 2020

M . Rizky Nurul Ichsan

ABSTRAK

Latar Belakang: BPH merupakan suatu penyakit dimana terjadi pembesaran kelenjar prostat akibat hiperplasia jinak dari sel-sel yang biasa terjadi pada laki-laki berusia lanjut. BPH di RSUD Dr. Slamet Garut di ruang Topaz tercatat dari bulan Oktober 2019 - Desember 2020 terdapat 60 kasus dan menempati urutan kedua dari 5 kasus terbanyak di Ruang Topaz. Pada penderita BPH akan dilakukan pembedahan kelenjar prostat TURP yang bertujuan untuk menghilangkan obstruksi aliran urin. Klien post open prostatektomi akan timbul rasa nyeri, dampak nyeri jika tidak di tangani akan memperpanjang hari rawat, memperlambat proses penyembuhan, dan nyeri kronis. **Tujuan:** mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien post prostatektomi dengan masalah nyeri akut di Ruang Topaz RSUD Dr. Slamet Garut. **Metode:** metode studi kasus mengeksplor tentang asuhan keperawatan pada klien post prostatektomi dengan masalah nyeri akut pada klien selama tiga hari. **Hasil:** setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi farmakologi dan non farmakologi (relaksasi nafas dalam) pada kedua klien nyeri kedua klien teratasi ditandai dengan penurunan skala nyeri klien 1 dari 6 (0-10) menjadi 2 (0-10) dan klien 2 dari 5 (0-10) menjadi 2 (0-10). **Diskusi:** pada kedua klien post prostatektomi ditemukan masalah nyeri akut karena terputusnya kontinuitas jaringan akibat adanya luka insisi. Namun kedua klien tidak selalu memiliki respon yang sama, karena umur kedua klien yang terpau jauh dan pola koping kedua klien yang berbeda. **Saran:** penulis menyarankan kepada pihak rumah sakit agar dapat memberi informasi dan mengajarkan tentang terapi non farmakologi relaksasi nafas dalam terutama pada klien yang mengalami masalah keperawatan Nyeri akut.

Kata Kunci : Nyeri akut, Post Op BPH, asuhan keperawatan

Daftar Pustaka : 8 buku (2011 – 2015), 2 jurnal (2010 – 2018)

ABSTRAK

Background: BPH is a disease in which the prostate gland is enlarged due to benign hyperplasia of the cells which is common in older men. BPH at Dr. Slamet Garut in the Topaz room recorded that from October 2019 - December 2020 there were 60 cases and was second out of the top 5 cases in the Topaz Room. Patients with BPH will perform TURP prostate gland surgery which aims to eliminate obstruction to urine flow. Post open prostatectomy clients will experience pain, the impact of pain if not handled will prolong the day of treatment, slow down the healing process, and chronic pain. **Objective:** able to carry out nursing care for post prostatectomy clients with acute pain problems in the Topaz Room RSUD Dr. Slamet Garut. **Method:** a case study method explores nursing care in a post prostatectomy client with acute pain problems in a client for three days. **Results:**

after nursing care by providing pharmacological and non-pharmacological interventions (deep breath relaxation) to both clients, the pain of both clients was resolved, marked by a decrease in the client's pain scale 1 from 6 (0-10) to 2 (0-10) and client 2 from 5 (0-10) becomes 2 (0-10). **Discussion:** The two clients post prostatectomy found acute pain problems due to the disconnection of the tissue continuity due to the incision wound. However, the two clients did not always have the same response, because the ages of the two clients were far apart and the coping patterns of the two clients were different. **Suggestion:** the authors suggest to the hospital to be able to provide information and teach about non-pharmacological deep breath relaxation therapy, especially for clients who experience acute pain nursing problems.

Keywords: Acute pain, Post Op BPH, nursing care

Bibliography: 8 books (2011 - 2015), 2 journals (2010 - 2018)

DAFTAR ISI

Halaman

Pernyataan Keaslian Tulisan.....	i
Lembar Persetujuan.....	ii
Lembar Pengesahan.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	6
1.3. Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1. Tujuan Umum.....	6
1.3.2. Tujuan Khusus.....	6
1.4. Manfaat Penelitian	7
1.4.1. Manfaat Teoritis.....	7
1.4.2. Manfaat Praktis.....	7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit Benigna Prostat Hiperplasia	
2.1.1. Defiisi BPH	8
2.1.2. Anatomi.....	9
2.1.3. Fisiologi.....	11
2.1.4. Etiologi	12
2.1.5. Patofisiologi	15
2.1.6. Manifestasi Klinis	17
2.1.7. Komplikasi	18

2.1.8.	Pemeriksaan Penunjang	18
2.1.9.	Pemeriksaan Lab.....	19
2.1.10.	Pemeriksaan Radiologi.....	19
2.1.11.	Penatalaksanaan	20
2.1.12.	Penatalaksanaan Post Op.....	21
2.2.	Konsep Nyeri.....	21
2.2.1.	Definisi Nyeri	21
2.2.2.	Klasifikasi Nyeri	21
2.2.3.	Fisiologi Nyeri	22
2.2.4.	Interpretasi Nyeri.....	24
2.2.5.	Pengaruh Teknik Distraksi dan Relaksasi Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi	25
2.3.	Konsep Asuhan Keperawatan BPH.....	25
2.3.1.	Pengkajian	25
2.3.2.	Pemeriksaan Diagnostik	27
2.3.3.	Diagnosa Keperawatan	28
2.3.4.	Asuhan Keperawatan	28
2.3.5.	Implementasi Keperawatan.....	45
2.3.6.	Evaluasi.....	45

BAB III METODE PENELITIAN

3.1.	Desain Penelitian	46
3.2.	Batasan Istilah.....	46
3.3.	Partisipan/ Responden/ Subyek Penelitian	47
3.4.	Lokasi dan Waktu Penelitian	48
3.5.	Pengumpulan Data.....	48
3.6.	Uji Keabsahan Data	49
3.7.	Analisa Data.....	50
3.8.	Etik Penulisan KTI	51

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1.	Hasil	
4.1.1.	Gambaran Lokasi Pengambilan Data	55
4.1.2.	Pengkajian.....	56
4.1.3.	Identitas.....	56
4.1.4.	Riwayat Kesehatan.....	57
4.1.5.	Pola Aktivitas Sehari- hari.....	58
4.1.6.	Pemeriksaan Fisik.....	60
4.1.7.	Data Psikologis.....	66
4.1.8.	Pemeriksaan Penunjang.....	68
4.1.9.	Terapi Pengobatan.....	69
4.1.10.	Analisa Data.....	70
4.1.11.	Diagnosa Keperawatan	72
4.1.12.	Intervensi Keperawatan	75
4.1.13.	Implementasi	77
4.1.14.	Evaluasi	80
4.2.	Pembahasan	

4.2.1. Pengkajian.....	81
4.2.2. Diagnosa Keperawatan.....	83
4.2.3. Intervensi Keperawatan.....	89
4.2.4. Implementasi.....	91
4.2.5. Evaluasi.....	94

BAB V PENUTUP

Kesimpulan.....	96
Saran.....	98

DAFTAR PUSTAKA.....	99
----------------------------	-----------

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Prostat	10
----------------------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Nyeri Akut.....	28
Tabel 2.2 Intervensi Gangguan Eliminasi Urin.....	32
Tabel 2.3 Intervensi Resiko Infeksi.....	33
Tabel 2.4 Intervensi Resiko Perdarahan.....	37
Tabel 2.5 Intervensi Resiko Ketidakefektifan Perfusi Ginjal.....	39
Tabel 2.6 Intervensi Retensi Urin.....	40
Tabel 2.7 Intervensi Ansietas.....	41
Tabel 4.1 Identitas.....	56
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan.....	57
Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari- hari.....	58
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik.....	60
Tabel 4.5 Data Psikologis.....	66
Tabel 4.6 Hasil Laboratorium.....	68
Tabel 4.7 Terapi Pengobatan.....	69
Tabel 4.8 Analisa Data	70
Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan.....	72
Tabel 4.10 Intervensi	75

Tabel 4.11 Implementasi Dan Evaluasi Formatif.....	77
Tabel 4.12 Evaluasi Sumatif	80

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway.....	16
------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I Lembar Konsultasi KTI
- Lampiran II Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran III Lembar Observasi
- Lampiran IV Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran V Leaflet
- Lampiran VI Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran V Jurnal

DAFTAR SINGKATAN

BPH	: <i>Bengin Prostatic Hyperplasia</i>
DHT	: <i>Dehidrotestosteron</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
TURP	: <i>Transurethral Resection of Prostate</i>
TUIP	: <i>Trasurethral Incision of Prostate</i>
TUMT	: <i>Transurethral Microwave Therapy</i>
LUTS	: <i>Lower Urinary Tract Symptoms</i>
IPSS	: <i>International Prostate Symptoms Score</i>
SSP	: <i>Sistem Syaraf Pusat</i>
RNA	: <i>Ribonucleic Acid</i>
IVP	: <i>Intra Vena Pyelografi</i>
PSA	: <i>Prostate Spesific Antigen</i>
USG	: <i>Ultrasonografi</i>
RCT	: <i>Randomized Controlled Trial</i>
BOF	: <i>Biuch Over Sich</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

BPH merupakan suatu penyakit dimana terjadi pembesaran dari kelenjar prostat akibat hiperplasia 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 diatas 80 tahun kira-kira 80% dari laki-laki yang menderita kelainan ini, menurut beberapa referensi di Indonesia, sekitar 90 % laki-laki yang berusia 40 tahun ke atas mengalami gangguan berupa pembesaran kelenjar prostat.(Samidah & Romadhon, 2015)

Kelenjar prostat merupakan suatu organ genetalia pria yang terletak sebelah inferior buli-buli melingkari uretra posterior, bila mengalami pembesaran maka akan menyumbat uretra dan menghambat aliran urine keluar dari buli-buli, bentuknya sebesar buah kenari dengan berat normal pada orang dewasa 20 gram.(Muttaqin & Sari, 2014) BPH merupakan salah satu penyakit tidak menular yang sampai saat ini masih menjadi persoalan serius bagi pria. BPH atau dikenal dengan pembesaran prostat jinak menurut Kapoor (2012) merupakan suatu keadaan terjadinya proliferasi sel stroma prostat yang akan menyebabkan pembesaran dari kelenjar prostat. Pada pembesaran prostat jinak terjadi hiperplasia kelenjar perineutral yang akan mendesak jaringan prostat yang asli ke perifer (Sjamsuhidajat & Jong, 2017). Mediator utama dalam pertumbuhan

kelenjar prostat yaitu dehidrotestosteron (DHT) yang merupakan metabolit testosteron yang dibentuk di dalam sel prostat. Walaupun jarang menyebabkan kematian tetapi dapat menurunkan kualitas hidup penderita secara signifikan.

Menurut data WHO (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.(Adelia et al., 2019).

Di Indonesia masalah BPH menjadi urutan kedua setelah penyakit batu saluran kemih, dan secara umum, diperkirakan hampir 50% pria di Indonesia yang berusia di atas 50 tahun ditemukan menderita BPH. Oleh karena itu, jika dilihat, dari 200 juta lebih rakyat Indonesia, maka dapat diperkirakan jika 100 juta pria yang berusia 60 tahun ke atas berjumlah 5 juta orang, maka dapat dinyatakan kira-kira 2,5 juta pria Indonesia menderita penyakit ini. Apabila dilihat berdasarkan peringkat 10 besar penyakit tidak menular penyebab rawat inap di seluruh rumah sakit di Indonesia pada tahun 2009 dan tahun 2010, maka BPH merupakan bagian dari gangguan perkemihan yang menyumbang sebesar 2,49% (Kemenkes, 2012)

Angka kejadian BPH di Jawa Barat, secara umum tidak dilaporkan secara akurat. Laporan mengenai penyakit ini secara keseluruhan hanya pada tahun 2003 berdasarkan data profil kesehatan Jawa Barat (2003)

dimana penderita BPH tertinggi ada di Kabupaten Sukabumi yaitu sebesar 4.794 kasus (66,33 %), sedangkan kasus tertinggi kedua adalah kota Cimahi sebanyak 488 kasus (6,75 %). (Prayitno, 2014)

Berdasarkan laporan rekam medis RSUD Dr.Slamet Garut periode Oktober 2019 sampai Desember 2020 di ruang Topaz, menunjukkan kejadian BPH menempati urutan kedua terbanyak dengan jumlah 60 kasus. Dengan operasi pembedahan open prostatektomi. (sumber rekam medic RSUD Dr.Slamet Garut 2020)

Pembedahan kelenjar prostat pada pasien BPH bertujuan untuk menghilangkan obstruksi aliran urin. Transurethral Resection of the Prostat (TURP) dan prostatektomi menjadi salah satu pilihan tindakan pembedahan untuk mengatasi obstruksi saluran kemih.(Suzzane et al., 2013). Tindakan itu dilakukan untuk mengangkat kelenjar prostat yang menyebabkan obstruksi. Secara obyektif, cara ini dapat memperbaiki skor IPSS dan dapat melancarkan laju pancaran urine. Selain itu, pembedahan ini juga dapat mengakibatkan beberapa macam kendala pada saat proses operasi maupun pasca operasi. Indikasi pembedahan pada penderita BPH yang sudah menimbulkan kompliasi adalah : Retensi urine karena BPO, Infeksi saluran kemih berulang karena BPO, Batu hematuria makroskopik karena BPE, Batu buli-buli karena BPO, Gagal ginjal yang di sebabkan oleh BPO, dan Divertikulum buli-buli yang cukup besar karena BPO.(*Pedoman Penatalaksanaan BPH di Indonesia*, 2011)

Bila terjadi BPH maka akan dilakukan tindakan baik yang operatif maupun non operatif, pada pasien dengan kualitas hidup yang masih bagus tidak membutuhkan terapi baik obat-obatan maupun terapi intervensi yang bersifat invasive. *Watchful waiting* dan modifikasi gaya hidup adalah pilihan terapi pada pasien-pasien dengan LUTS ringan dengan kualitas hidup yang masih baik dan beresiko sangat kecil untuk LUTS-nya berprogresi menjadi semakin berat dan atau munculnya komplikasi di kemudian hari. (Netto, 1999).

Pada pasien BPH sesudah dilakukan tindakan pembedahan Open Prostatectomy atau prostatektomi terbuka akan muncul berbagai macam masalah biologis, psikologis, dan spiritual antara lain nyeri akut, ansietas, gangguan pola tidur, resiko infeksi. Masalah yang terjadi harus sesegera mungkin di atasi untuk mencegah masalah komplikasi yang lain, oleh sebab itu pasien BPH perlu dilakukan Asuhan keperawatan yang tepat. Disini perawat berperan sangat penting dalam melakukan perawatan pasien penderita BPH sebagai pemberi pelayanan kesehatan, pendidik, pemberi asuhan keperawatan/untuk mengatasi masalah yang akan timbul (Siswandi et al., 2015).

Penatalaksanaan nyeri paska bedah yang tidak tepat dan akurat akan meningkatkan resiko komplikasi, menambah biaya perawatan, memperpanjang hari rawat, memperlambat proses penyembuhan. Intervensi keperawatan yang dilakukan perawat untuk mengurangi atau menghilangkan nyeri paska bedah dilakukan pendekatan farmakologis dan

non farmakologis, terapi non farmakologis merupakan terapi paling lengkap untuk mengurangi nyeri paska bedah dan bukan sebagai pengganti utama terapi analgesik yang diberikan.(Potter et al., 2010) . Penanganan nyeri dengan melakukan teknik relaksasi merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi nyeri. Penanganan nyeri dengan tindakan relaksasi mencakup teknik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery*. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan nyeri pasca operasi. Efek relaksasi nafas dalam dan *guided imagery* membuat responden merasa rileks dan tenang. Responden menjadi rileks dan tenang saat mengambil oksigen di udara melalui hidung, oksigen masuk kedalam tubuh sehingga aliran darah menjadi lancar serta dikombinasikan dengan *guided imagery* menyebabkan pasien mengalihkan perhatiannya pada nyeri ke hal-hal yang membuatnya senang dan bahagia sehingga melupakan nyeri yang sedang dialaminya. Inilah yang menyebabkan intensitas nyeri yang dirasakan pasien post operasi sectio caesareaberkurang setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dan *guided imagery*.(Sehono & Endrayani, 2010)

Berdasarkan uraian di atas maka penulis termotifasi untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien post open prostatectomy melalui penyusunan karya tulis ilmiah (KTI) yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Open Prostatectomy dengan Nyeri akut di Ruang Topaz RSUD Dr.Slamet Garut”

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimanaah asuhan keperawatan pada pasien post Open Prostatectomy dengan Nyeri akut di Ruang Topaz RSUD Dr.Slamet Garut?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu mengaplikasikan ilmu tentang asuhan keperawatan pada Pasien Post Operasi Prostatektomi dengan Nyeri Akut di ruang topaz RSUD Dr.Slamet Garut.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada Pasien Post Operasi Prostatektomi dengan Nyeri Akut di Ruang topaz RSUD Dr.Slamet Garut
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada Pasien Post Operasi Prostatektomi dengan Nyeri Akut di Ruang Topaz RSUD Dr.Slamet Garut
- c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada Pasien Post Operasi Prostatektomi dengan Nyeri Akut di Ruang topaz RSUD Dr.Slamet Garut
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Pasien Post Operasi Prostatektomi dengan Nyeri Akut di Ruang topaz RSUD Dr.Slamet Garut

- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada Pasien Post Operasi Prostatektomi dengan Nyeri Akut di Ruang topaz RSUD Dr.Slamet Garut

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada Pasien Post Operasi Prostatektomi dengan Nyeri Akut.

1.4.2. Manfaat Praktis

- a. Bagi Perawat

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat adalah, perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada pasien Post Operasi Prostatektomi dengan Nyeri akut.

- b. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi rumah sakit adalah, dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan bagi pasien khususnya pada Pasien Post Operasi Prostatektomi dengan Nyeri akut.

- c. Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat praktis bagi institusi pendidikan adalah, dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada pasien post Operasi Prostatectomy dengan Nyeri akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit Benigna Prostat Hiperplasia

2.1.1. Definisi BPH

BPH adalah pertumbuhan prostat yang jinak, umumnya berasal dari zona periureteral dan transisi, dengan gejala berkemih obstruktif dan iritasi berikutnya. Secara histologis, BPH mengacu pada proliferasi sel otot polos, epitel, dan stroma dalam zona transisi prostat yang mengelilingi uretra proksimal. Definisi lain menyatakan BPH adalah suatu keadaan yang sering terjadi pada pria umur 50 tahun atau lebih yang ditandai dengan terjadinya perubahan pada prostat yaitu prostat mengalami atrofi dan nodular, pembesaran dari beberapa bagian kelenjar ini dapat mengakibatkan obstruksi urin.(Romadhon, 2017)

BPH secara histopatologis adalah peningkatan jumlah sel-sel stroma dan epitel prostat di area *periurethra* yang merupakan suatu hiperplasia dan bukan hipertrofi. Secara etiologi, pada BPH terjadi peningkatan jumlah sel akibat dari proliferasi sel-sel stroma dan epitel prostat atau terjadi penurunan kematian sel-sel prostat yang terprogram (Roehrborn CG, 2012). Hingga saat ini belum diketahui pasti penyebab terjadinya hiperplasia prostat, tetapi beberapa hipotesis menyebutkan bahwa hiperplasia prostat erat kaitannya dengan peningkatan kadar dihidrotestosteron (DHT) dan proses *aging* (menjadi tua) . (McNicholas & Swallow, 2011)

Secara tradisi, teknik prostatektomi terbuka adalah pengobatan standar untuk BPH, dan sudah demikian selama lebih dari 50 tahun . Dua teknik terbuka

terkenal untuk prostatektomi termasuk prostatektomi retropubik dan suprapubik. Dalam teknik retropubik, ahli bedah membuat sayatan langsung dari pseudocapsule prostat anterior dan memiliki visualisasi langsung fossa prostat, sehingga ahli bedah dapat mencapai pengangkatan adenoma yang lebih lengkap. Teknik ini memungkinkan transeksi uretra secara tepat dan memiliki hasil kontinuitas yang lebih baik; juga selama prosedur ini kandung kemih dibiarkan utuh. Prostatektomi suprapubik, atau prostatektomi transvesikal, awalnya diperkenalkan oleh Eugene Fuller dan dipopulerkan oleh Peter Freyer. Prostatektomi suprapubik lebih disukai untuk pasien dengan lobus median besar atau divertikulum kandung kemih bersamaan, atau dengan kalkuli kandung kemih..(Djavan & Teimoori, 2018)

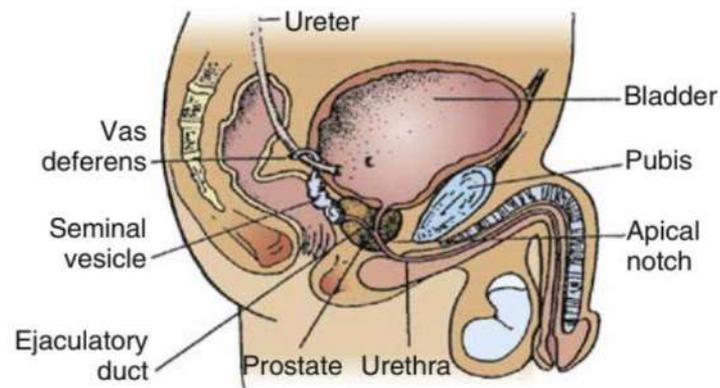
Nyeri akut biasanya didefinisikan sebagai nyeri cepat atau tiba-tiba, digambarkan sebagai rasa tajam dan terlokalisasi, dan berfungsi untuk memperingatkan organisme kerusakan jaringan yang akan datang. Jenis rasa sakit ini juga disebut nyeri nosiseptor karena nosisepsi adalah proses sensoris fisiologis dari pengkodean dan pensinyalan rangsangan berbahaya ke sistem saraf pusat (SSP) setelah aktivasi ujung nosiseptor. (Elliott & Barbe, 2020)

2.1.2. Anatomi dan Fisiologi Prostat

2.1.2.1. Anatomi

Prostat adalah organ genital yang hanya ditemukan pada pria berbentuk piramid atau buah kenari, tersusun atas jaringan fibromuskular yang mengandung kelenjar. Prostat pada umumnya memiliki ukuran dengan panjang 1,25 inci atau

kira-kira 3 cm, mengelilingi uretra pria, dengan berat normal pada orang dewasa muda kurang lebih 20 gram (BARRY & COLLINS, 2012)



Gambar 2.1 Anatomi Prostat (Aliotta & Fowler, 2009)

Dalam hubungannya, batas atas prostat tersambung dengan leher kandung kemih. Sedangkan batas bawah prostat yakni ujung prostat bermuara ke sfingter uretra eksterna yang terbentang di antara lapisan peritoneum. Pada bagian depannya terdapat simfisis pubis yang di pisahkan oleh lapisan ekstraperitoneal. Lapisan tersebut dinamakan *cave of retzius* ruangan retropubik. Bagian belakangnya dekat dengan rectum, dipisahkan oleh *fascia Denonvilliers*. Uretra praprostatika melengkung di daerah verumontanum dan menyatu dengan dua duktus ejakulatorius (BARRY & COLLINS, 2012)

Prostat menghasilkan suatu cairan yang merupakan salah satu komponen dari cairan ejakulat. Cairan ini dialirkan melalui duktus sekretorius dan bermuara di uretra posterior untuk kemudian dikeluarkan bersama cairan semen yang lain pada saat ejakulasi. Volume cairan prostat merupakan 25% dari seluruh volume ejakulat. (Romadhon, 2017)

2.1.2.2. Fisiologi

BPH adalah tumor jinak yang umum yang berkembang pada pria dan mengganggu pada pasien usia lanjut. BPH dianggap sebagai bagian normal dari proses penuaan pada pria yang terjadi akibat produksi 6 dari hormon testosteron dan dihidrotestosteron (DHT). (Lu & Chen, 2014). BPH terjadi karena pertumbuhan yang berlebihan pada sel stroma pada prostat dan kelenjar epitel yang menyebabkan pembesaran kelenjar prostat. BPH merupakan diagnosa penyakit proliferasi sel-sel prostat dengan ditandai gejala klinik yaitu LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms) .

Kelenjar prostat menyekresi cairan encer seperti susu yang mengandung kalsium, ion sitrat, ion fosfat, enzim pembekuan, dan profibrinolisin. Selama emisi, kapsul kelenjar prostat berkontraksi bersamaan dengan kontraksi vas deferens sehingga cairan encer seperti susu yang di keluarkan oleh kelenjar prostat menambah volume semen. Sifat cairan prostat yang sedikit basa mungkin penting untuk keberhasilan fertilisasi ovum, karena cairan vas deferens relatif asam akibat adanya asam sitrat dan hasil akhir metabolisme sperma, dan akibatnya akan menghambat fertilisasi sperma.

Prostat dirangsang untuk tumbuh dan dipertahankan dalam ukuran dan fungsi dengan adanya testosteron serum. Beberapa faktor pertumbuhan tipe protein, seperti urogastrone dan prostatropin, juga dapat mempengaruhi pertumbuhan prostat. Setelah testosteron dari plasma memasuki sel prostat melalui difusi, ia dimetabolisme menjadi steroid lain dengan serangkaian enzim.

Lebih dari 95% testosteron dikonversi menjadi androgen dihidrotestosteron prostat yang paling penting. DHT kemudian berikatan dengan reseptor androgen yang diaktifkan. Kompleks reseptor hormon mengalami transformasi dan translokasi ke dalam nukleus. Dalam inti RNA-polimerase diaktifkan diikuti oleh sintesis mRNA. Stroma nonseluler dan jaringan ikat menyusun matriks ekstraseluler. Matriks ekstraseluler memainkan peran penting dalam pengembangan dan kontrol fungsi seluler. (McNicholas & Swallow, 2011)

2.1.2.3. Etiologi

Etiologi atau penyebab terjadinya BPH belum diketahui secara pasti, akan tetapi ada hipotesis yang menyebutkan bahwa BPH sangat berkaitan dengan peningkatan kadar dehidrotestosteron (DHT) dan proses penuaan. Etiologic yang belum jelas ini menyebabkan munculnya beberapa hipotesa yang diduga menjadi penyebab timbulnya BPH, yaitu teori dehidrotestosteron (DHT), teori hormone (ketidakseimbangan antara estrogen dan testostosterone), factor interaksi stroma dan epitel-epitel, teori berkurangnya kematian sel (apoptosis), teori sel stem dan teori inflamasi (Purnomo, 2008; Bartsch, Ritttmaster & Klocker, 2010; Boyle & Gould, 2011; Muttaqin & Sari, 2014).

a. Teori Dehidrotestosteron (DHT)

Pertumbuhan kelenjar prostat sangat bergantung pada hormone testostosterone. Pada kelenjar prostat, hormone ini akan dirubah menjadi metabolit aktif dihidrotestosteron (DHT) dengan bantuan enzim *5 alfa-reduktase*. DHT inilah yang secara langsung memicu m-RNA di dalam sel – sel kelenjar prostat untuk mensintesis protein growth factor yang memacu pertumbuhan kelenjar prostat.

Terdapat penelitian yang menyatakan bahwa aktivitas enzim 5 alfa – reduktase dan jumlah reseptor antigen terjadi lebih banyak pada kejadian BPH. Hal ini menyebabkan sel – sel prostat pada BPH lebih sensitive terhadap DHT, sehingga replikasi sel lebih banyak terjadi dibandingkan dengan prostat yang normal.(Bartsch et al., 2010)

b. Teori hormone (ketidakseimbangan antara estrogen dan testosteron)

Pada usia yang semakin menua, kadar testosteron semakin menurun, jika kadar estrogen relative tetap, sehingga perbandingan estrogen dan testosteron relatif meningkat. Estrogen di dalam prostat berperan pada terjadinya proliferasi sel – sel kelenjar prostat dengan cara meningkatkan sensitifitas sel – sel prostat terhadap rangsangan hormone androgen, meningkatkan jumlah reseptor androgen dan menurunkan jumlah kematian sel – sel prostat. Hal ini dapat mengakibatkan testosteron menurun, merangsang terbentuknya sel – sel baru, tetapi sel – sel prostat yang ada mempunyai umur yang lebih panjang sehingga massa prostat menjadi lebih besar. (Muttaqin & Sari, 2014)

c. Teori berkurangnya kematian sel (apoptosis)

Pada jaringan yang normal terdapat keseimbangan antara laju proliferasi sel dengan kematian sel. Pada saat pertumbuhan prostat sampai pada prostat dewasa, penambahan jumlah sel – sel prostat baru dengan yang mati dalam keadaan seimbang. Berkurangnya jumlah sel – sel prostat yang mengalami apoptosis menyebabkan jumlah sel – sel prostat secara keseluruhan menjadi meningkat sehingga menyebabkan penambahan massa prostat.(Muttaqin & Sari, 2014; Purnomo, 2008)

d. Teori sel stem

Sel – sel yang telah apoptosis selalu dapat diganti dengan sel – sel baru. Pada kelenjar prostat istilah ini dikenal dengan suatu sel stem, yaitu sel yang mempunyai kemampuan berpoliferasi sangat ekstensif. Kehidupan sel ini sangat bergantung pada keberadaan hormone androgen, sehingga jika kadar hormone androgen menurun maka akan terjadi apoptosis. Terjadinya poliferasi sel – sel BPH dipostulasikan sebagai ketidaktepatan aktifitas sel stem sehingga terjadi produksi yang berlebihan sel stroma maupun sel epitel.(Muttaqin & Sari, 2014; Purnomo, 2008)

e. Teori inflamasi

Teori ini menyatakan bahwa BPH adalah penyakit inflamasi yang di mediasi oleh proses imunologi. Uji klinis menunjukkan adanya hubungan antara proses inflamasi pada prostat dengan *Lower Urinary Tract Syndrome (LUTS)*. Terdapat 43% gambaran inflamasi pada histopatologi dari 3942 pasien BPH dan adanya 83% prostatitis pada pasien BPH. Pasien dengan prostatitis mempunyai resiko lebih tinggi terhadap progresifitas pada BPH dan terjadinya retensi urin. Pada pasien dengan volume prostat yang kecil, hanya yang disertai dengan proses inflamasilah yang mengalami gejala obstruksi. Inflamasi prostat juga dikaitkan dengan pembesaran volume prostat, semakin berat derajat inflamasi semakin besar jga volume prostat dan semakin tinggi nilai *International Prostate Symptom Score (IPSS)*.(Boyle & Gould, 2011)

2.1.2.4. Patofisiologi

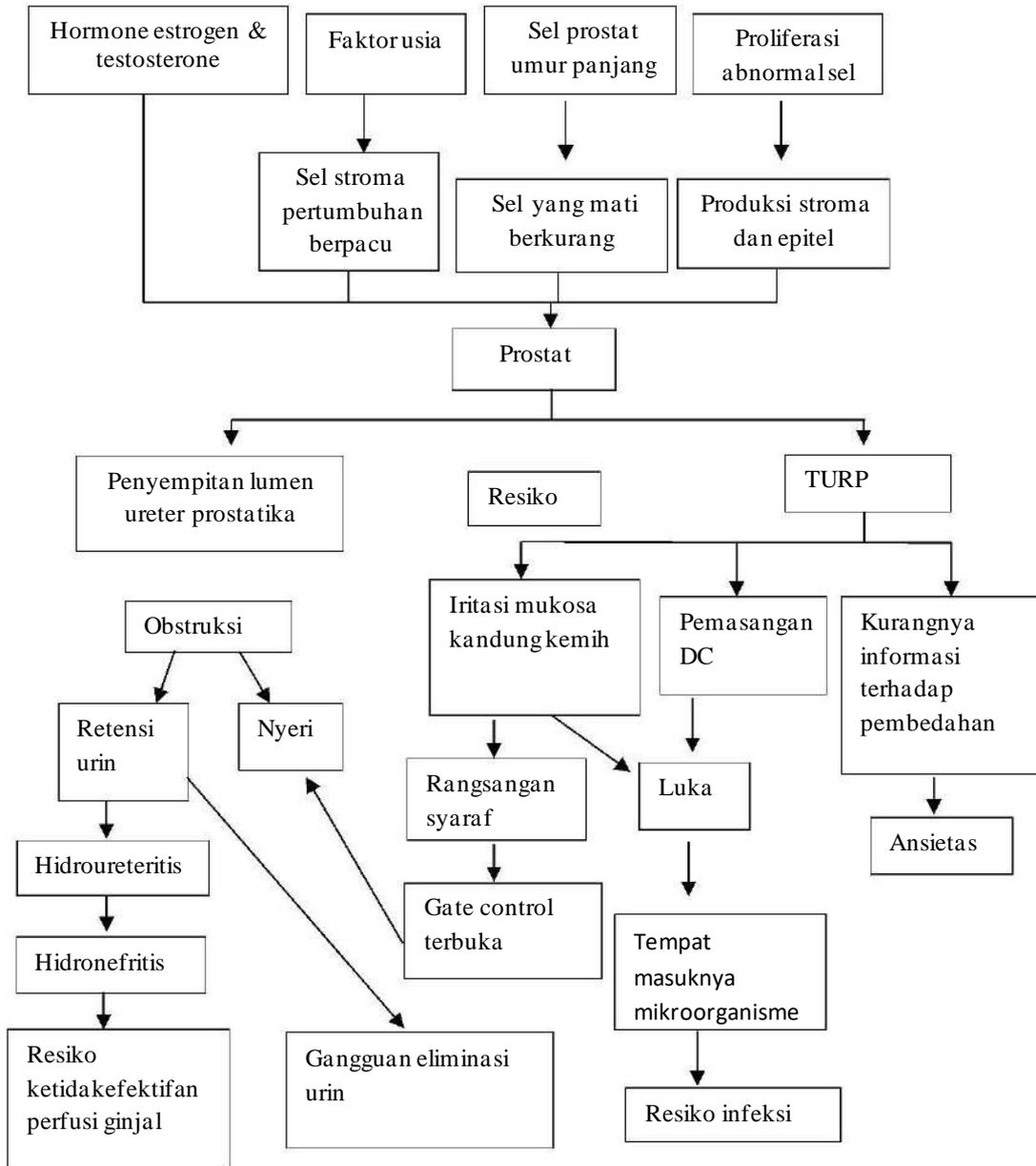
Meskipun BPH bersifat umum, kita tahu bahwa BPH adalah penyakit penuaan yang progresif. Sebelum 1980-an, BPH umumnya dianggap sebagai kondisi statis kelenjar prostat yang tumbuh secara bertahap yang menyebabkan obstruksi outlet kandung kemih progresif. Bahkan, itu umum untuk menggunakan analogi "lubang donat" dengan pasien, menjelaskan kepada mereka bahwa prostat seperti donat yang mengelilingi leher dan outlet kandung kemih. Dengan bertambahnya usia dan pertumbuhan prostat, lubang donat menjadi lebih kecil, menyebabkan obstruksi progresif. Di era ketika reseksi transurethral dari prostat (TURP) adalah satu-satunya pengobatan yang efektif, penjelasan statis sederhana ini sudah cukup. (MD & Moul, 2020)

Pertumbuhan statis dan proliferasi jaringan periurethral menjadikan BPH berada di bawah stimulasi androgenik. Secara khusus, testosteron hormon pria utama diubah menjadi metabolit dihidrotestosteron (DHT) yang lebih aktif oleh enzim 5 α -reduktase dalam stroma prostat dan sel-sel epitel. 5 α -Reductase terjadi dalam dua bentuk, tipe 1 dan tipe 2. Hanya tipe 2 yang ada di prostat dan genitalia. Hal ini sangat penting untuk memahami salah satu dari dua kelas utama terapi medis untuk BPH, penghambat 5 α -reduktase (5-ARI), obat yang menghambat konversi testosteron menjadi DHT. (MD & Moul, 2020)

Komponen dinamis BPH dan LUTS didasarkan pada input otonom dan pada otot polos di saluran kemih bagian bawah, termasuk kandung kemih, prostat, dan uretra. Daerah-daerah ini memiliki konsentrasi besar reseptor α -adrenergik yang, ketika distimulasi dapat menyebabkan peningkatan tonus otot polos.

Peningkatan tonus ini menyebabkan peningkatan resistensi uretra dan berkontribusi terhadap gejala obstruksi BPH saluran keluar kandung kemih. (MD & Moul, 2020)

2.1.2.5. Pathway BPH



(Nurarif & Kusuma, 2015)

2.1.2.6. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala obstruksi pengeluaran kandung kemih biasanya timbul secara bertahap. Penyebab utamanya adalah hiperplasia prostat dan kelihatannya kelainan independen dari hipertrofi leher kandung kemih dan fibrosis. Retensi urin akut dapat terjadi tiba-tiba kapan saja dan biasanya dipicu oleh pengisian kandung kemih berlebih setelah asupan cairan berlebih. Ini juga risiko setelah operasi bedah umum atau ortopedi pada pria yang lebih tua, dan juga dari operasi panggul atau perineum setelah masa remaja. Pada beberapa pasien, keparahan gejala prostat berfluktuasi dari bulan ke bulan (dan bahkan mungkin dengan musim), sehingga sulit untuk memutuskan apakah operasi diperlukan atau tidak. Gejala ini dinilai secara formal menggunakan Skor Gejala Prostat Internasional (I-PSS). Setiap gejala dinilai dari 0 hingga 5 untuk bulan sebelumnya. Total menunjukkan keparahan gejala: 0–7 = ringan; 8–19 = sedang; 20–35 = parah. Adapun beberapa tanda dan gejala obstruksi :

1. Pengosongan kandung kemih yang tidak lengkap setelah buang air kecil
2. Frekuensi — perlu buang air kecil lagi setelah kurang dari 2 jam
3. Aliran intermiten — berhenti dan mulai saat buang air kecil
4. Urgensi — sulit untuk menunda buang air kecil
5. Aliran lemah — sering diperburuk oleh kandung kemih penuh atau karena tegang
6. Nokturia — beberapa kali perlu buang air kecil per malam

2.1.2.7. Komplikasi

Obstruksi prostat secara progresif dapat mengganggu kemampuan pasien untuk mengosongkan kandung kemihnya, tetapi hanya 20% hingga 30% pasien memiliki gejala progresif, dan 50% tetap tidak berubah lebih dari 5 tahun. Pada kasus progresif, volume residu urin secara bertahap meningkat selama beberapa minggu dan bulan (mis., retensi kronis) dan dalam aminoritas, ini menyebabkan peningkatan tekanan intravesikal. Ambang batas untuk refleks batal dicapai lebih cepat dan kesempatan untuk membatalkan menjadi lebih sering. Urin sisa yang stagnan rentan terhadap infeksi, inilah salah satu yang memperburuk gejala. (R.G et al., 2020) .

Adanya pembesaran kelenjar prostat akan menyebabkan terjadinya peningkatan resistensi pada leher buli-buli dan daerah prostat serta penebalan otot detrusor. Pada komplikasi lanjut dapat ditemukan adanya hematuria pada pemeriksaan urin. Bila terdapat hematuria, harus diperhitungkan etiologi lain seperti keganasan pada saluran kemih, batu, dan infeksi saluran kemih. Hematuria sering terjadi oleh karena pembesaran prostat menyebabkan pembuluh darahnya menjadi rapuh. (Djavan & Teimoori, 2018)

2.1.2.8. Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan Colok Dubur

Pemeriksaan colok dubur dapat memberikan kesan keadaan tonus sfingter anus, mukosa rektum, kelainan lain seperti benjolan dalam rektum dan prostat. Pada perabaan melalui colok dubur dapat diperhatikan konsistensi

prostat, adakah asimetris, adakah nodul pada prostat, apakah batas atas dapat diraba. Derajat berat obstruksi dapat diukur dengan menentukan jumlah sisa urine setelah miksi spontan. Sisa miksi ditentukan dengan mengukur urine yang masih dapat keluar dengan kateterisasi.

2. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Analisis urin dan pemeriksaan mikroskopik urin, elektrolit, kadar ureum.
- b. Bila perlu Prostate Specific Antigen (PSA), untuk dasar penentuan biopsi.

3. Pemeriksaan Radiologi

- a. Intra Vena Pyelografi (IVP) : Gambaran trabekulasi buli, residual urine post miksi, divertikel buli.

Indikasi : disertai hematuria, gejala iritatif menonjol disertai urolithiasis.

Tanda BPH : Impresi prostat, Hockey stick ureter.

- b. BOF : Untuk mengetahui adanya kelainan pada renal.
- c. Retrografi dan Voiding Cystouretrografi : Untuk melihat ada tidaknya refluk vesiko ureter/striktur uretra.
- d. USG : Untuk menentukan volume urine, volume residual urine dan menilai pembesaran prostat jinak/ganas.

4. Pemeriksaan Uroflowmetri

Berperan penting dalam diagnosa dan evaluasi klien dengan obstruksi leher buli-buli

Q max :

- a. > 15 ml/detik □ non obstruksi

- b. 10 - 15 ml/detik □ border line
- c. < 10 ml/detik □ obstruktif

(Basuki, 2011)

2.1.2.9. Penatalaksanaan

1. Indikasi Tindakan Invasif/Bedah pada BPH

Tata laksana pembedahan pada BPH didasarkan pada 3 poin utama yaitu kegagalan medikamentosa, pada pasien-pasien yang telah mendapatkan pengobatan untuk BPH, namun dalam evaluasinya baik dari skor IPSS (peningkatan skor IPSS) maupun dari evaluasi pancaran kemih (penurunan kecepatan maksimal berkemih) serta penambahan jumlah sisa residu urin, maka pada pasien ini disarankan untuk dilakukan terapi bedah untuk terapi berikutnya.

2. *Transurethral Resection Of Prostate* (TURP) dan *Transurethral Incision Of Prostate* (TUIP)

Reseksi transuretra prostat (TURP) merupakan teknik untuk mengangkat/reseksi jaringan dari zona transisi prostat melalui pendekatan transuretra. Sedangkan insisi transuretra prostat (TUIP) merupakan teknik untuk insisi leher kandung kemih tanpa pengangkatan jaringan prostat melalui pendekatan transuretra. TUIP ini dapat menggantikan TURP dalam kasus-kasus tertentu, terutama pada ukuran prostat <30 mL tanpa lobus tengah yang dominan. (Gravas, 2018)

3. *Transurethral Microwave Therapy* (TUMT)

TUMT dapat ditoleransi dengan baik, meskipun sebagian besar pasien mengalami nyeri perineum dan urgensi, serta memerlukan obat pereda nyeri untuk

terapi. Dalam ulasan Cochrane dari RCT yang membandingkan waktu kateterisasi TURP dan TUMT, tingkat dysuria/urgensi dan retensi urin secara signifikan lebih tinggi dengan TURP. Namun, waktu rawat inap, hematuria, retensi bekuan darah, transfuse, sindrom TUR, disfungsi seksual dan tingkat pengobatan ulang untuk striktur uretra/BNC secara signifikan lebih rendah. (RM et al., 2012)

2.1.2.10 Penatalaksanaan post op

1. Monitoring terhadap respirasi, sirkulasi dan kesadaran pasien
2. Pemberian Anti Biotika
3. Perawatan Kateter

(Basuki, 2011)

2.1.3 Konsep Nyeri

2.1.3.1 Definisi

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan actual atau potensial yang digambarkan sebagai kerusakan (International Association For the study of pain); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau di prediksi. (Nurarif & Kusuma, 2015)

2.1.3.2 Klasifikasi Nyeri

1. Nyeri Akut

Merupakan nyeri yang muncul secara mendadak, biasanya membuat diri menjadi terbatas dan terlokasi. Nyeri akut biasanya mendadak, paling sering terjadi akibat cedera jaringan karna trauma pembedahan atau implamasi. Nyeri

biasanya tajam dan terlokasi, meskipun dapat menjalar penyembuhan jaringan jaringan mengurangi nyeri. (BURKE et al., 2016)

2. Nyeri Kronis

Nyeri kronis merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang diakibatkan oleh kerusakan jaringan yang aktual dan potensial, nyeri timbul secara tiba-tiba atau lambat dari intensitas nyeri ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi dan diprediksi serta berlangsung > 3 bulan. Sumber nyeri tidak diketahui secara pasti, timbul secara hilang timbul dalam suatu periode tertentu serta ada kalanya penderita tersebut terbebas dari rasa nyeri dan biasanya tidak dapat disembuhkan. Pada penderita dengan nyeri kronis, penginderaan nyeri terjadi lebih dalam sehingga penderita sulit untuk menunjukkan dimana lokasi nyeri. (Herdman & Kamitsuru, 2018)

2.1.3.3 Fisiologi Nyeri

Nyeri berdasarkan mekanismenya melibatkan persepsi dan respon nyeri tersebut. Mekanisme timbulnya nyeri melibatkan empat proses yaitu :

1. Transduksi

Transduksi adalah proses dari stimulus nyeri dikonversi ke bentuk yang dapat diakses oleh otak. Proses transduksi dimulai ketika nociceptor yaitu reseptor untuk menerima rangsang nyeri teraktifasi. Aktifitas ini (nociceptor) merupakan sebagai bentuk respon terhadap stimulus yang datang seperti kerusakan jaringan.

2. Transmisi

Merupakan serangkaian kejadian kejadian neural yang membawa impuls listrik melalui sistem saraf ke otak. Proses transmisi melibatkan saraf eferend terbentuk dari serat saraf berdiameter kecil kesedang hingga berdiameter besar. Saraf eferen akan berakson pada dorsal horn di spinalis selanjutnya transmisi ini di lanjutkan melalui sistem kontralateral spinalthalamik melalui ventral lateral dari thalamus menuju kortek selebral.

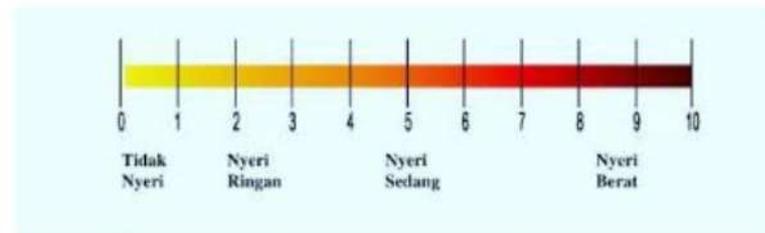
3. Modulasi

Proses modulasi mengacu kepada aktifitas neural dalam upaya mengontrol jalur transmisi nociceptor tersebut. Proses modulasi melibatkan sistem neural yang kompleks. Ketika impuls nyeri sampai di pusat saraf, transmisi impuls ini akan di kontrol oleh sistem saraf seperti bagian kortek. Selanjutnya impuls nyeri ini akan di transmisikan melalui saraf-saraf descend ketulang belakang untuk memodulasi efektor.

4. Persepsi

Persepsi adalah proses yang subjektif. Proses ini tidak hanya berkaitan dengan proses fisiologis atau proses anatomi saja. Akan tetapi juga meliputi pengenalan dan mengingat oleh karena itu, faktor fisiologis, emosional dan perilaku juga muncul sebagai respon dalam mempersepsikan pengalaman nyeri tersebut. Proses persepsi ini yang menjadikan nyeri tersebut suatu fenomena yang melibatkan multi dimensional.

2.1.3.4 Interpretasi Nyeri



1. 0 (Tidak nyeri)

2. 1 – 3 (Nyeri ringan)

secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.

3. 4 – 6 (Nyeri sedang)

secara obyektif klien mendesis, menyengir, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikan nyeri, dapat mengikuti perintah dengan baik.

4. 7 – 9 (Nyeri berat)

secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikan nyeri, tidak dapat diatasi dengan alih posisi, nafas panjang dan distraksi.

5. 10 (Nyeri sangat berat)

klien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul

(Nung et al., 2015)

2.1.3.4 Pengaruh Teknik Distraksi dan Relaksasi Terhadap Tingkat Nyeri Pada Pasien Post Operasi

Relaksasi adalah sebuah keadaan dimana seseorang terbebas dari tekanan dan kecemasan atau kembalinya keseimbangan (equilibrium) setelah terjadinya gangguan. Tujuan dari teknik relaksasi adalah mencapai keadaan relaksasi menyeluruh, mencakup keadaan relaksasi secara fisiologis, secara kognitif, dan secara behavioral. Secara fisiologis, keadaan relaksasi ditandai dengan penurunan kadar epinefrin dan non epinefrin dalam darah, penurunan frekuensi denyut jantung (sampai mencapai 2 kali per menit), penurunan tekanan darah, penurunan frekuensi nafas (sampai 4-6 kali per menit), penurunan ketegangan otot, metabolisme menurun, vasodilatasi dan peningkatan temperatur pada ekstermitas. (Nur & Rahmayati, 2010) dalam jurnal *ejurnal keperawatan (e-Kp)* Volume 1. Nomor 1. Agustus 2013

2.1.4 Konsep Asuhan Keperawatan Prostate

2.1.4.1 Pengkajian Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian menurut Brunner & Suddarth (2010) :

a. Pengkajian pre operasi

1) Data biografi, meliputi :

Identitas pasien berupa nama, umur, jenis kelamin, agama, suku atau bangsa, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, alamat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, dan catatan kedatangannya.

2) Riwayat kesehatan, meliputi :

a) Keluhan utama atau ulasan masuk rumah sakit

Klien mengeluh nyeri pada saat berkemih, terbangun untuk berkemih pada malam hari, perasaan ingin berkemih yang sangat mendesak, kalau harus miksi harus menunggu lama, harus mengedan, kencing terputus-putus dan penurunan kemampuan untuk berkemih.

b) Riwayat kesehatan sekarang

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

(2) Pasien mengatakan tidak bias melakukan hubungan seksual.

(3) Pasien mengatakan buang air kecil tidak terasa.

(4) Pasien mengeluh sering BAK berulang-ulang.

(5) Pasien mengatakan sering terbangun pada malam hari untuk berkemih.

c) Riwayat kesehatan dahulu

Perlu ditanyakan apakah pasien pernah menderita seperti ini sebelumnya.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah mungkin diantara keluarga pasien ada yang menderita penyakit yang sama.

3) Pola fungsi kesehatan, meliputi :

Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, pola nutrisi dan metabolisme, pola eliminasi, pola istirahat dan tidur, pola kognitif dan

persepsi, pola peran hubungan, pola seksual dan reproduksi, keyakinan dan kepercayaan.

a) Eliminasi

Gejala :

- (1) Penurunan kekuatan/dorongan aliran tetesan urin
- (2) Ragu dalam berkemih
- (3) Ketidakmampuan untuk mengosongkan kandung kemih.
- (4) Noktria, dysuria, hematuria
- (5) Riwayat saluran berkemih ulang

b) Makanan dan cairan

Anoreksia mual serta muntah dan penurunan berat badan.

c) Nyeri kenyamanan

Nyeri suprapubik, panggul atau punggung.

d) Seksualitas

Gejala :

- (1) Takut inkontinensia
- (2) Penurunan kekuatan kontraksi ejakulasi

2.1.4.2 Pemeriksaan diagnostic

Pada pemeriksaan diagnostic ini, colok dubur merupakan pemeriksaan yang sangat penting pada kasus BPH. Pelaporan yang dilakukan dengan adanya pelaporan pembesaran prostat, konsistensinya ada tidak adanya nodul, selain itu dapat dilakukan pemeriksaan regio suprapublik untuk menilai distensi vesika dan fugs neuromuskular ekstremitas bawah.

2.1.4.3 Diagnosis Keperawatan

1. Nyeri akut
2. Gangguan eliminasi urin
3. Resiko infeksi
4. Resiko perdarahan
5. Resiko ketidakefektifan perfusi ginjal
6. Retensi urine
7. Ansietas

(Nurarif & Kusuma, 2015)

2.1.4.4 Asuhan Keperawatan

Tabel 2.1

Intervensi keperawatan

Nyeri Akut

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan hasil	Intervensi	Rasional
Definisi :	NOC	NIC	
Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual digambarkan dalam kerusakan sedemikian (international association for the	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Pain level</i> 2. <i>Pain control</i> 3. <i>Comfort level</i> Kriteria hasil : 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari	<i>Pain management</i> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor	1. Nyeri merupakan pengalaman subjektif. Pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas medikasi dan kemajuan penyembuhan. Perubahan pada

study of pain):awitan tiba-tiba lambat intensitas hingga dengan dapat atau berlangsung kurang 6 bulan.	of yang 2. atau dari ringan berat akhir yang 3. diantisipasi dan 4.	bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri 5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau 6. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 7. Control lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 8. Kurangi factor presipitasi nyeri 9. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi non	karakteristik nyeri. 2. Isyarat nonverbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu-satunya indicator jika klien tidak dapat menyatakan secara verbal. 3. Meyakinkan klien untuk mendapatkan perawatan yang intensif 4. Menentukan kultur pada klien 5. Dapat membedakan nyeri saat ini dari pola nyeri sebelumnya 6. Keberadaan perawat dapat mengurangi perasaan ketakutan dan ketidakberdayaan 7. Meredakan ketidaknyamanan dan mengurangi energy sehingga meningkatkan kemampuan koping 8. Membantu dalam menegakan diagnosis dan menentukan kebutuhan terapi
Batasan karakteristik :				
1. Perubahan selera makan				
2. Perubahan tekanan darah				
3. Perubahan frekuensi jantung				
4. Perubahan frekuensi pernapasan				
5. Laporan isyarat				
6. Diaphoresis				
7. Perilaku distraksi (mis., Berjalan mondar-mandir mencari orang lain, aktivitas yang berulang)				
8. Mengekspresikan perilaku (mis., Gelisah, merengek, menangis)				
9. Sikap melindungi area nyeri				
10.Focus menyempit (mis., gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dgn orang lain dan lingkungan)				
11.Indikasi nyeri yang dapat diamati				
12.Perubahan posisi untuk menghindari nyeri				
13.Sikap tubuh melindungi				
14.Dilatasi pupil				
15.Melaporkan nyeri secara verbal				
16.Gangguan tidur				

<p>farmakologi dan interpersonal)</p> <p>10. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</p> <p>11. Ajarkan tentang teknik non farmakologi (relaksasi nafas dalam)</p> <p>12. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>13. Evaluasi keefektifan control nyeri</p> <p>14. Tingkatkan istirahat</p> <p>15. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</p>	<p>9. Meningkatkan istirahat, mengahkan kembali perhatian dan meningkatkan koping</p> <p>10. Mempermudah menentukan perencanaan</p> <p>11. Meningkatkan istirahat, mengahkan kembali perhatian dan meningkatkan koping</p> <p>12. Analgetik dapat membantu mengurangi rasa nyeri dengan menghambat proses transduksi yaitu mengurangi sensasi nyeri</p> <p>13. Untuk mengetahui efektifitas mengontrol nyeri</p> <p>14. Mengurangi ketidaknyamanan pada klien</p> <p>15. Nyeri hebat yang tidak reda oleh tindakan rutin dapat mengindikasikan perkembangan komplikasi dan kebutuhan intervensi lebih lanjut</p>
<p><i>Analgesic administration</i></p>	
<p>1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan derajat nyeri sebelum pemberian obat.</p> <p>2. Cek instruksi dokter</p>	<p>1. Untuk mengevaluasi medikasi dan dan kemajuan penyembuhan</p> <p>2. Mengevaluasi</p>

-
- | | | | |
|----|--|----|---|
| | tentang pemberian obat, dosis, dan frekuensi. | | keefektifan terapi yang di diberikan |
| 3. | Pilih analgesic yang diperlukan atau kombinasi dari analgesic ketika pemberian lebih dari satu | 3. | Menentukan jenis analgesic yang sesuai |
| | | 4. | Menentukan jenis rute untuk memberikan terapi |
| | | 5. | Menentukan rute yang sesuai untuk terapi |
| 4. | Tentukan pilihan analgesic pilihan, rute pemberian dan dosis optimal | 6. | Untuk mengetahui perkembangan dan keefektifitasan terapi (tekana darah, frekuensi pernapasan berubah pada nyeri akut) |
| 5. | Pilih rute pemberian secara IV IM untuk pengobatan nyeri secara teratur | 7. | Menurunkan ketidaknyamanan dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain |
| 6. | Monitar vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesic pertama kali | 8. | Untuk mengetahui efektifitas dari terapi farmakologi |
| 7. | Berikan analgesic tepat waktu dan saat nyeri hebat | | |
| 8. | Evaluasi efektifitas analgesik, tanda dan gejala | | |
-

Table 2.2
Gangguan eliminasi urin

Diagnose keperawatan	Tujuan dan hasil NOC	Intervensi NIC	Rasional
<p>Definisi : Disfungsi pada eliminasi urin</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dysuria 2. Sering berkemih 3. Anyang-anyangan 4. Inkontinensia 5. Nokturia 6. Retensi 7. Dorongan <p>Factor yang berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obstruksi anatomic 2. Penyebab multiple 3. Gangguan sensori motoric 4. Imfeksi saluran kemih 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Urinary eliminasi 2. Urinary contiuenence <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kandung kemih kosong secara penuh 2. Tidak ada residu urin >100-200 cc 3. Intake cairan dalam rentang normal 4. Bebas dari ISK 5. Tidak ada spasme bladder 6. Balance cairan seimbang 	<p>Urinary retention care</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (mis, output urin, pola berkemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten) 2. Memantau penggunaan obat dengan sifat anti kolinergik atau property alpha agonis 3. Memonitor efek dari obat-obatan yang diresepkan, seperti calcium channel blockers dan antikolinergik 4. Menyediakan penghapusan privasi 5. Menggunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui masalah yang mengganggu klien berkemih 2. Meningkatkan keefetifan terapi farmakologi 3. Meningkatkan keefetifan terapi farmakologi 4. Gar pasien tidak merasa terbebani dengan rasa malu 5. Untuk membuat pasien dapat terangsang berkemih 6. Untuk mengetahui reflek kandung kemih pasien 7. Memfasilitasi pasien untuk berkemih 8. Untuk meminimalkan peradangan atau infeksi ketika pasien berkemih

-
- air atau di siram di toilet
6. Merangsang reflex kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut, membelai tinggi bathin atau air
 7. Sediakan waktu yang cukup untuk mengosongkan kandung kemih (10 menit)
 8. Gunakan spirit wintergreen di pispot atau urinarial
-

Table 2.3

Resiko infeksi

Diagnose keperawatan	Tujuan dan hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik Factor resiko : <ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan peristaltis 2. Gangguan integritas kulit 3. Vaksinansi tidak adekuat 4. Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan pathogen 	NOC <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Immune status</i> 2. <i>Knowledge infection control</i> 3. <i>Risk control</i> Kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien terbebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Mendeskripsikan proses penyebaran penyakit, factor 	NIC <i>Infection control</i> (control infeksi) <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 2. Batasi pengunjung bila perlu 3. Instruksikan kepada 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait 2. Individu telah mengalami gangguan dan beresiko terpajan infeksi 3. Pertahanan lini depan ini adalah untuk

5. Malnutrisi	yang	pengunjung	klien,
6. Obesitas	mempengaruhi	untuk	pemberian
7. Merokok	penularan serta	mencuci	asuhan
8. Stasis cairan tubuh	penatalaksanaannya	tangan saat	kesehatan dan
	nya	berkunjung	masyarakat
Populasi beresiko :	3. Menunjukkan	dan setelah	4. Factor ini
	kemampuan	berkunjung	dapat menjadi
1. Terpajan pada wabah	untuk mencegah	meninggalkan pasien	kunci yang
	timbulnya infeksi	4. Gunakan	paling
	4. Jumlah leukosit	sabun anti	sederhana
	dalam batas	mikroba	tetapi
Kondisi terkait :	normal	untuk	merupakan
	5. Menunjukkan	mencuci	kunci
1. Perubahan sekresi pH	perilaku hidup	tangan	terpenting
	sehat	5. Cuci tangan	untuk
2. Penyakit kronis		setiap	pecegahan
3. Penurunan kerja siliarsis		sebelum dan	infeksi yang di
		sesudah	dapat di rumah
4. Penurunan hemoglobin		melakukan	sakit
		tindakan	5. Mengurangi
5. Imunosupresi		keperawatan	resiko
6. Prosedur infasif		6. Gunakan	penyebaran
7. Pecah ketuban dini		baju sarung	infeksi
8. Pecah ketuban lambat		tangan	6. Factor ini
		sebagai alat	dapat menjadi
9. Supresi respon inflamasi		pelindung	kunci yang
		7. Pertahankan	paling
		lingkungan	sederhana
		aseptic	tetapi
		selama	merupakan
		pemasangan	kunci
		alat	terpenting
		8. Ganti letak	untuk
		IV perifer	pecegahan
		dan line	infeksi yang di
		central serta	dapat di rumah
		dressing	sakit
		sesuai	7. Mengurangi
		dengan	resiko
		petunjuk	kontaminasi
		umum	silang dan
		9. Gunakan	infeksi terkait
		kateter	alat
		intermiten	8. Mengurangi
		untuk	resiko
		menurunkan	kontaminasi
		infeksi	silang dan
		kandung	infeksi terkait
		kemih	alat
			9. Mencegah

10. Tingkatkan inteks nutrisi	akses dan membatasi
11. Berikan tenaga antibiotic bila perlu infection protection (proteksi terhadap infeksi)	pertumbuhan bakteri dalam saluran perkemihan
12. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local	10. Fungsi imun dipengaruhi oleh asupan nutrisi
13. Pertahankan teknik asepsis pada pasien yang beresiko	11. Terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri, anaerob, jamur, dan basil negative
14. Berikan perawatan kulit pada area epiderma	12. Untuk menentukan adanya infeksi
15. Inspeksi kulit dan membrane mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase	13. Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri
16. Inspeksi kondisi luka dan insisi bedah	14. Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri
17. Dorong makanan nutriisi yang cukup	15. Memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi
18. Dorong masukan cairan	16. Memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi
19. Instruksikan pasien untuk minum antibiotic sesuai resep	17. Membantu memperbaiki resistensi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dari sekresi yang statis

-
- | | |
|--|--|
| 20. Ajarkan pasien dan keluarga mengenali tanda dan gejala infeksi | 18. Membantu memperbaiki resistensi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dari sekresi yang statis |
| 21. Ajarkan cara menghindari infeksi | 19. Terapi bersifat sistemik dan di arahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri, anaerob, jamur, dan basil gram negative |
| 22. Laporkan kultur positif | 20. Mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi |
| | 21. Mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi |
| | 22. Untuk mengidentifikasi adanya pathogen dan mikroba |

Sumber :
(Nurarif &
Kusuma, 2015,
Doengoes, 2014)

Table 2.4

Resiko perdarahan

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan	NOC	NIC	
Factor resiko	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Blood lose severity</i> 2. <i>Blood koagulation</i> 	<p>Bleeding precaution</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan 2. Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan 3. Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif 4. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan 5. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vit K 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui tanda resiko perdarahan 2. Membantu menentukan kebutuhan penggantian darah 3. Mengurangi pengeluaran darah berlebih 4. Mengurangi pengeluaran darah berlebih 5. Asupan nutrisi untuk menggantikan output
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aneurisme 2. Sirkumsisi 3. Defisiensi pengetahuan 4. Koagulopati intravaskuler diseminata 5. Riwayat jatuh 6. Gangguan gastrointestinal (mis, penyakit ulkus lambung, polip, varises) 7. Gangguan fungsi hati (mis, sirosis, hepatitis) 8. Koagulopati inheren (mis, trombositopenia) 9. Trauma 10. Efek samping terkait terapi (mis, pembedahan, pemberian obat, pemberian produk darah defisiensi trombosit, kemoterapi) 	<p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada hematuria dan hematemesis 2. Kehilangan darah yang terlihat 3. Tekanan darah dalam batas normal systole dan diastole 4. Tidak ada distensi abdominal 5. Hemoglobin dan hematocrit dalam batas normal 6. Plasma, PT, PTT dalam batasnornal 	<p>Bleeding reduction</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab perdarahan 2. Monitor trend 	<p>Bleeding reduction</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui penyebab perdarahan 2. Mengukur

tekanan darah dan aparameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillary / artery wedge pressure	volume dan tekanan yang dipengaruhi oleh factor pembuluh darah
3. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output	3. Untuk mengetahui masukan dan keluaran jumlah nutrisi yang masuk
4. Pertahanan patensi IV line Bleeding reduction :	4. Mempertahankan kepatenan jalur IV line
5. Lakukan manual pressure tekanan) pada area pendarahan	5. Meminimalisir perdarahan yang berlebih
6. Gunakan ice pack pada area pendarahan	6. Untuk mengurangi perdarahan, dan kejang pada otot serta nyeri
7. Lakukan pressure dressing (perban yang menekan) pada area luka	7. Meminimalisir perdarahan yang berlebih
8. Tinggikan ekstremitas yang pendarahan	8. Mengurangi tekanan pada area yang memicu perdarahan
9. Monitor ukuran dan karakteristik hematoma	9. Untuk mengetahui jumlah keluaran darah diluar pembuluh darah
10. Monitor nadi distal di area luka atau pendarahan	10. Memastikan fungsi pembuluh darah dalam mengalirkan darah

Table 2.5

Resiko ketidakefektifan perfusi ginjal

Diagnose keperawatan :	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : beresiko terhadap penurunan sirkulasi darah ke ginjal yang dapat mengganggu kesehatan	NOC 1. Circulation status 2. Elektrolit dan acid 3. Base balance 4. Fluid balance 5. Hidration 6. Tissue perfusion: renal 7. Urinary elimination	NIC Acid-Base Management 1. Observasi status hidrasi (kelembaban membrane mukosa, TD ortostatik, dan keadekuatan dinding nadi) 2. Observasi tanda-tanda cairan berlebih/retensi (CVP meningkat, oedem, distensi vena leher dan asites) 3. Pertahankan intake dan output secara adekuat 4. Monitor TTV 5. Monitor glukosa darah arteri dan serum, 6. Monitor elektrolit urin 7. Manajemen akses intravena	1. Mengetahui tingkatan dehidrasi yang dialami pasien 2. Mengetahui ada tidaknya edema pada pasien 3. Mempertahankan asupan nutrisi pasien 4. Mengetahui keadaan umum pasien 5. Mengetahui kadar glukosa pada pasien 6. Mengidentifikasi perubahan status hemodinamik 7. Mengetahui masuknya terapi ke pembuluh darah vena pasien
Factor resiko :	Kriteri Hasil 1. Tekanan systole dan diastole dalam batas normal 2. Tidak ada gangguan mental, orientasi kognitif dan kekuatan otot 3. Na, K, Cl, Ca, Mg, BUN, creat dan biknat dalam batas normal 4. Tidak ada distensi vena leher 5. Tidak ada bunyi paru tambahan 6. Intake output seimbang 7. Tidak ada oedem perifer		
1. Syndrome kompartemen abdomen 2. Usia lanjut 3. Nekrosis kortikal bilateral 4. Luka bakar 5. Pembedahan jantung 6. Bypass kardiopulmonal 7. Diabetes mellitus 8. Paparan terhadap toksin 9. Jenis kelamin wanita 10. Glomerulonefritis 11. Hipertensi 12. Hipoksemia, hipoksia 13. Infeksi (mis, sepsis, infeksi likal) 14. Interstitial nephritis 15. Keganasan 16. Hipertensi malignan 17. Asidosis metabolic 18. Multitrauma, polinefritis 19. Stenosis arteri renalis 20. Penyakit ginjal (ginjal polikistik) 21. Merokok 22. Penyalahgunaan zat 23. Sindrom respon inflamasi sistemik			

24. Efek samping terkait terapi (mis, obat, pembedahan) emboli vaskular	dan asites 8. Tidak ada rasa haus yang abnormal 9. Membrane mukosa lembab 10. Hematocrit dbn 11. Warna dan bau urin dalam batas normal
---	--

Table 2.6

Retensi urin

Diagnose keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
Definisi : Pengosongan kandung kemih tidak kumulit Batasan karakteristik : 1. Tidak ada haluaran urin 2. Distensi kandung kemih 3. Menetes 4. Dysuria 5. Sering berkemih 6. Inkontinensia aliran berlebih 7. Residu urin 8. Sensasi kandung kemih penuh 9. Berkemih sedikit 10.	NOC 1. Urinary elimination 2. Urinary continence Kriteria hasil : 1. Kandung kemih kosong secara penuh 2. Tidak ada residu urin 3. Bebas dari ISK 4. Tidak ada spasme bladder 5. Bladder cairan seimbang	NIC Urinary Retention Care 1. Monitor intake dan output 2. Monitor penggunaan obat antikolinergik 3. Monitor derajat distensi bladder 4. Intruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat output urin 5. Sediakan privasi untuk eliminasi 6. Stimulasi	1. Untuk mengetahui jumlah urin yang dikeluarkan 2. Menurunkan resiko asenden 3. Untuk mengetahui isikandung kemih 4. Mengukur jumlah urin 5. Agar pasien tidak malu saat berkemih 6. Meregangkan kontraksi otot-otot 7. Memudahkan / membantun klien untuk berkemih

reflek bladder dengan kompres dingin pada abdomen	8. Untuk mengetahui gejala yang dirasakan klien
7. Kateterisasi bila perlu	
8. Monitor tanda dan gejala ISK (panas, hematuria, perubahan bau, dan konsistensi urin)	

Table 2.7

Ansietas

Diagnose keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Definisi : Perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon autonomy (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu); perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat keaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan kemampuan individu untuk bertindak menghadapi ancaman</p> <p>Batasan karakteristik</p> <p>1. Perilaku ┆ Penurunan</p>	<p>NOC</p> <p>1. Anxiety self-control 2. Anxiety level 3. Coping</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>1. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas 2. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukan teknik untuk mengontrol cemas 3. Vital sign dalam batas normal 4. Postur tubuh,</p>	<p>NIC</p> <p>Anxiety Reduction (penurunan kecemasan)</p> <p>1. Gunakan pendekatan yang menenangkan 2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien 3. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan</p>	<p>1. Agar klien merasa nyaman 2. Mengetahui respon klien terhadap perkembangan 3. Agar pasien mengetahui tindakan yang di lakukan dan mengetahui apa yang dirasakan 4. Untuk mengetahui tingkat kecemasan pasien 5. Agar klien merasa tenang dan tidak khawatir</p>

<ul style="list-style-type: none"> □ produktifitas □ Gerakan yang □ irelevan □ Gelisah □ Melihat sepintas □ Insomnia □ Kontak mata yang □ buruk □ Mengekspresikan □ kekhawatiran □ karena perubahan □ dalam peristiwa □ hidup □ Agitasi □ Mengintai □ Tampak waspada 	<p>ekspresi wajah, menunjukkan berkurangnya kecemasan</p>	<p>selama prosedur</p> <p>4. Pahami perspektif pasien terhadap situasi stress</p> <p>5. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut</p> <p>6. Dorong keluarga untuk menemani</p> <p>7. Lakukan back / neck rub</p> <p>8. Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>9. Identifikasi tingkat kecemasan</p>	<p>berlebih</p> <p>6. Agar klien merasa tenang dan tidak khawatir berlebih</p> <p>7. Untuk meredakan nyeri pada pasien</p> <p>8. Agar klien merasakan ketenangan ketika engungkapka perasaannya</p> <p>9. Untuk mengetahui tingkat kecemasan pasien</p>
<p>2. Afektif</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Gelisah, distress □ Kesedihan yang □ mendalam □ Ketakutan □ Perasan tidak □ adekuat □ Berfoks pada diri □ sendiri □ Peningkatan □ kewaspadaan □ Iritabilitas □ Gugup senang □ berlebihan □ Rasa nyeri yang □ meningkatkan □ ketidak berdayaan □ Peningkatan rasa □ ketidak berdayaan □ yang persisten □ Bingung, menyesal □ Ragu/tidak percaya □ diri □ Khawatir 			
<p>3. Fisiologis</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Wajah tegang, □ tremor tangan □ Peningkatan □ keringat □ Peningkatan □ ketegangan □ Gemetar, tremor □ Suara bergetar 			

4. Simpatik

- ▮ Anoreksia
- ▮ Eksitasi kardiovaskuler
- ▮ Diare, mulut kering
- ▮ Wajah merah
- ▮ Jantung berdebar-debar
- ▮ Peningkatan tekanan darah
- ▮ Peningkatan denyut nadi
- ▮ Peningkatan reflek
- ▮ Peningkatan frekwensi pernapasan, pupil melebar
- ▮ Kesulitan bernapas
- ▮ Vasokonstriksi superfisial
- ▮ Lemah, kedutan pada otot

5. Parasimpatik

- ▮ Nyeri abdomen
- ▮ Penurunan tekanan darah
- ▮ Penurunan denyut nadi
- ▮ Diare, mual, vertigo
- ▮ Letih, gangguan tidur
- ▮ Kesemutan pada ekstremitas
- ▮ Sering berkeimih
- ▮ Anyang-anyangan
- ▮ Dorongan segera berkemih

6. Kognitif

- ▮ Menyadari gejala fisiologis
 - ▮ Bloking pikiran, konfusi
 - ▮ Penurunan lapang persepsi
 - ▮ Kesulitan berkonsentrasi
 - ▮ Penurunan kemampuan belajar
-

-
- || Penurunan kemampuan untuk memecahkan masalah
 - || Ketkutan terhadap konsekwensi yang tidak spesifik
 - || Lupa, gangguan perhatian
 - || Khawatir, melamun
 - || Cenderung menyalahkan orang lain

Factor yang berhubungan

1. Perubahan dalam (status ekonomi, lingkungan, status kesehatan, pola interaksi, fungsi peran, status peran)
 2. Pemajanan toksin
 3. Terkait keluarga
 4. Herediter
 5. Infeksi/kontaminan interpersonal
 6. Penularan penyakit interpersonal
 7. Krisis maturasi, krisis situasional
 8. Stress, ancaman kematian
 9. Penyalahgunaan zat
 10. Ancaman pada (status ekonomi, lingkungan, status kesehatan, pola interaksi, fungsi peran, status peran, konsep diri)
 11. Konflik tidak disadari mengenai tujuan penting hidup
 12. Konflik tidak disadari mengenai nilai yang esensial/penting
 13. Kebutuhan yang tidak dipenuhi
-

Implementasi

Proses keperawatan yang mengikuti semua rumusan dari beberapa rencana tindakan keperawatan. Pelaksanaan ini mencakup beberapa kegiatan seperti melakukan, membantu, memberikan asuhan keperawatan, untuk mencapai tujuan yang berpusat pada pasien, serta mencatat pertukaran informasi yang relevan dengan beberapa perawat kesehatan berkelanjutan (Lemone, Priscilla dkk. 2016)

Evaluasi

Evaluasi adalah beberapa kegiatan yang dibandingkan antara hasil dari implementasi dengan kriteria yang sudah di tetapkan untuk melihat keberhasilannya (Lemone, Priscilla dkk. 2016)