

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OPEN*
PROSTATEKTOMI ATAS INDIKASI BPH DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI
RUANG MELATI IV RSUD dr. SOEKARDJO
TASIKMALAYA**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli
Madya Keperawatan (A. Md. Kep) Pada Prodi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung**

Oleh:

ALDI PRANANDA JOSANDY

NIM : AKX.16.012



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

2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Aldi Prananda Josandy

NIM : AKX.16.012

Institusi : DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien *post* Open Prostatektomi atas indikasi BPH Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Melati IV 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 pengambil alihan 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/jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut

Bandung, 15 April, 2019

Yang Membuat Pernyataan


METERAI
TEMPEL
TGL. 20
D516FAFF636487A88
6000
ENAM RIBU RUPIAH
Aldi Prananda Josandy

AKX.16.012

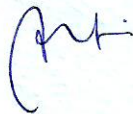
LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OPEN*
PROSTATEKTOMI ATAS INDIKASI BPH DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI
RUANG MELATI IV RSUD dr. SOEKARDJO
TASIKMALAYA

OLEH
ALDI PRANANDA JOSANDY
AKX.16.012

Proposal penelitian ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera di bawah ini

Menyetujui

Pembimbing Utama



Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep

NIK : 1011603

Pembimbing Pendamping

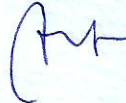


Zafiah Winta, Amk.An

NIK :

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep

NIK : 1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OPEN* PROSTATEKTOMI
ATAS INDIKASI BPH DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI
AKUT DI RUANG MELATI IV RSUD Dr. SOEKARDJO
TASIKMALAYA.**

OLEH :

Aldi Prananda Josandy

AKX. 16.012

Telah berhasil di pertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan paa Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung, Pada tanggal....

PANITIA PENGUJI

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

(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. Drs. Rachwan H, K.Kes
2. Rizki Muliani, S.Kep.,Ners.,MM
3. Zafiah Winta, Amk.An

.....

.....

.....

.....

Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,



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

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OPEN* PROSTATEKTOMI ATAS INDIKASI BPH DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG MELATI IV RSUD dr. SOEKARDJO TASIKMALAYA.**

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

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

1. H. Mulyana, S.H., M.Pd., MH.Kes., selaku ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh pendidikan Diploma III Keperawatan Anestesi di STIKes Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep., selaku ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprpti, S. Kp. M.Kep selaku Ketua Jurusan Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung dan selaku pembimbing utama dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yang telah memberikan bimbingan, dukungan, arahan dan motivasi selama penulis mengikuti pendidikan dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Zafiah Winta, Amk.An selaku pembimbing pendamping dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yang telah memberikan bimbingan, dukungan, arahan dan motivasi selama penulis mengikuti pendidikan dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Roni S.Kep.,Ners selaku CI Ruang Melati yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya
6. Seluruh dosen dan staff program studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat yang telah memberikan dukungan, motivasi, bimbingan, arahan dan nasehat selama penulis mengikuti pendidikan dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Jaskani S.pd.,M.Si dan Satriani selaku orang tua, Jevita eka putri S.ST, Melisa puspita S.KM, Wendy mandala putra S.pd selaku kakak yang selalu memberikan semangat, motivasi, dan dukungan baik secara moril maupun materil, pengorbanan, kasih sayang yang sangat tulus serta do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Audria Novian Faristanty yang selalu memberikan motivasi dan semangat kepada penulis sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
9. Ariq abidzar, Anggas ardiyanto, Reza syaftiawan, M.lukman, Rahadyan muja, selaku teman seperjuangan KTI yang selalu memberikan dukungan dan semangat.
10. Seluruh teman-teman seperjuangan anestesi angkatan 12 yang telah memberikan semangat, motivasi dan dukungan serta membantu dalam penyelesaian penyusunan karya tulis ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan kelemahan sehingga penulis sangat mengharapkan segala kritik dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, 15 April 2019

Aldi Prananda Josandy

ABSTRAK

Latar Belakang: *Benigna Prostate Hyperplasia* merupakan pembesaran kelenjar prostat secara progresif akibat dari meningkatnya jumlah sel di dalam prostat yang dapat menyebabkan terjepitnya uretra sehingga terjadi penyumbatan urine untuk keluar. Pada tahun 2018 ditemukan data bahwa pasien dengan penyakit BPH yaitu sebanyak 22 kasus ,menduduki peringkat ke 3 pada bulan Juli, kasus ini termasuk daftar 10 besar penyakit bedah di RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya.**Tujuan:** Untuk memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada BPH dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Metode:** Menggunakan desain penelitian studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yaitu penelitian dengan cara mengumpulkan data yang dimulai dari pengkajian, menentukan diagnosis, melakukan perencanaan, melaksanakan tindakan dan melakukan evaluasi. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi, pada masalah keperawatan Nyeri akut pada kasus 1 dan 2 dapat teratasi di hari ketiga. **Diskusi :** Pada kedua klien ditemukan masalah Nyeri akut dikarenakan klien meringis kesakitan. Adapun perbedaan hasil dari intervensi yang dilakukan relaksasi benson pada kedua klien yaitu pada hari ketiga klien 1 dengan skala nyeri 3 , sedangkan pada hari ketiga klien 2 dengan skala 2 . **Saran:** Penulis menyarankan kepada pihak institusi pendidikan diharapkan mampu memenuhi ketersediaan literatur terbitan baru terutama mengenai BPH dan Nyeri akut sehingga dapat menambah wawasan keilmuan mahasiswa dan kepada pihak rumah sakit agar meningkatkan pelayanan, sarana dan prasarana yang menunjang untuk melakukan tindakan asuhan keperawatan.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, BPH , Nyeri akut

Daftar Pustaka : 10 buku (2009-2019), 2 jurnal (2016)

ABSTRACT

Background: Benign Prostate Hyperplasia is a progressive enlargement of the prostate gland due to an increase in the number of cells in the prostate which can cause pinching of the urethra so that urine blockages occur to exit. In 2018, it was found that 22 patients with BPH were ranked 3rd in July, this case included a list of the top 10 surgical diseases in RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya. **Objective:** To gain experience in carrying out nursing care with BPH with problems nursing acute pain. **Method:** Using a case study research design with a nursing care approach, namely research by collecting data starting from the assessment, determining the diagnosis, planning, carrying out the action and evaluating. **Results:** After nursing care was given by giving intervention, the nursing problems Acute pain in cases 1 and 2 could be resolved on the third day. **Discussion:** In both clients there was a problem with acute pain due to a client grimacing in pain. The difference in the results of the intervention carried out benson relaxation on both clients is on the third day of client 1 with a pain scale of 3, while on the third day the client 2 with a scale of 2. **Suggestion:** The author recommends that the educational institutions be expected to be able to meet the availability of new published literature, especially regarding acute BPH and pain so that they can add scientific insights to students and hospitals to improve services, facilities and infrastructure that support nursing action.

Keywords: Nursing care, BPH, acute pain

Bibliography: 10 books (2009-2019), 2 journals (2016)

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstract	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
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penulisan.....	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat	7
1.4.1 Manfaat Teoritis	7
1.4.2 Manfaat Praktis	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Penyakit	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi	9
2.1.3 Etiologi.....	11
2.1.4 Patofisiologi	13
2.1.5 Manifestasi Klinik.....	17
2.1.6 Komplikasi	19
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	19
2.1.8 Penatalaksanaan	22
2.2 Konsep Nyeri	26
2.2.1 Definisi.....	26
2.2.2 Klasifikasi Nyeri	26
2.2.3 Pengukuran Derajat Nyeri.....	27
2.2.4 Efek Respon Nyeri	28
2.2.5 Strategi Penanganan Nyeri.....	29
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	30
2.3.1 Pengkajian	30
2.3.2 Diagnosa.....	38
2.3.3 Perencanaan.....	39
2.3.4 Pelaksanaan	45
2.3.5 Evaluasi	45
2.4 Relaksasi Benson	46

BAB III METODE PENULISAN KTI	47
3.1 Desain Penelitian	47
3.2 Batasan Istilah	47
3.3 Partisipan/Responden Penelitian	48
3.4 Lokasi Dan Waktu	48
3.5 Pengumpulan Data	49
3.6 Uji Keabsahan Data	51
3.7 Analisa Data	51
3.8 Etika Penelitian	53
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	56
4.1 Hasil	56
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	56
4.1.2 Data Asuhan Keperawatan	56
4.1.2.1 Pengkajian	56
4.1.2.2 Diagnosa Keperawatan	68
4.1.2.3 Perencanaan	70
4.1.2.4 Pelaksanaan	72
4.1.2.5 Evaluasi	74
4.2 Pembahasan	74
4.2.1 Pengkajian	75
4.2.2 Diagnosa	76
4.2.3 Perencanaan	78
4.2.4 Pelaksanaan	79
4.2.5 Evaluasi	79
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	81
5.2 Kesimpulan	81
5.3 Saran	83
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Prostat Normal dan Pembesaran Prostat	9
Gambar 2.2 Anatomi Prostat	10
Gambar 2.3 Komplikasi-komplikasi BPH	15

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perencanaan	39
Tabel 4.1 Identitas Klien	56
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab	57
Tabel 4.3 Riwayat Kesehatan.....	57
Tabel 4.4 Aktivitas Sehari-hari	58
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fiskik	59
Tabel 4.6 Data Psikologis	63
Tabel 4.7 Pemeriksaan Diagnostik.....	64
Tabel 4.8 Pengobatan dan Penatalaksanaan Medis.....	65
Tabel 4.9 Analisa Data.....	65
Tabel 4.10 Diagnosa Keperawatan	68
Tabel 4.11 Perencanaan	70
Tabel 4.12 Pelaksanaan.....	72
Tabel 4.13 Evaluasi.....	74

DAFTAR BAGAN

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

DAFTAR LAMPIRAN

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

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrome</i>
BAB	: Buang air besar
BAK	: Buang air kecil
B.d	: Berhubungan Dengan
BNO	: <i>Blass Nier Overzeicht</i>
BPH	: <i>Benigna Prostat Hyperplasia</i>
Ca	: <i>Cancer</i>
Cc	: <i>Cubic centimeter</i>
Cm	: Centi meter
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
DM	: Diabetes Melitus
DHT	: <i>Dihydrotestosteron</i>
GCS	: <i>Gasgow Coma Scale</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IV	: Intra Vena
LUTS	: <i>Lower Urinary Tract Symptomps</i>

mmHg	: Milimeter Merkuri
Ny	: Nyonya
NIC	: <i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC	: <i>Nursing Outcomes Classification</i>
NRS	: <i>Numerical Rating Scale</i>
PES	: Problem, Etiologi, Simptom
pH	: <i>Power of Hydrogen</i>
POD	: <i>Post Operative Day</i>
PSA	: <i>Prostate Spesific Antigen</i>
R	: Respirasi
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
S	: Suhu
SAV	: Skala Analog Visual
SDV	: Skala Deskripsi Visual
TD	: Tekanan Darah
Tn	: Tuan
TURP	: <i>Trans Urethral Resection Prostat</i>

UTL : *Urinary Tract Infection*

WHO : *World Health Organization*

WOD : Wawancara, Observasi, Dokumen

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut Constantinides 1994 dalam (Nugroho, 2010) mengatakan proses menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita.

Seiring dengan proses penuaan yang terjadi maka akan terjadi perubahan jumlah beberapa hormon. Salah satunya menurunnya hormon testosterone dan meningkatnya hormon estrogen sehingga terjadinya ketidakseimbangan perbandingan hormone yang berakibat kelenjar di prostat mengalami hyperplasia jaringan (peningkatan jumlah sel) yang menyebabkan prostat mengalami hipertropi. Estrogen di dalam prostat berperan terhadap proliferasi sel-sel kelenjar prostat. Hal ini dapat memicu terjadinya pembesaran kelenjar prostat dengan cara meningkatkan sensitifitas sel-sel prostat terhadap rangsangan hormone (Padila, 2012).

Benigna Prostate Hyperplasia (BPH) merupakan pembesaran kelenjar prostat secara progresif akibat dari meningkatnya jumlah sel di dalam prostat yang dapat menyebabkan terjepitnya uretra sehingga akan terjadi penyumbatan urine untuk keluar. Menurut Muttaqin (2011) *Benigna Prostate Hiperplasia* (BPH) merupakan

pembesaran progresif dari kelenjar prostat, bersifat jinak disebabkan oleh hiperplasia beberapa atau semua komponen prostat yang mengakibatkan penyumbatan uretra pars prostatika.

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. BPH merupakan penyakit tersering kedua di klinik urologi di Indonesia setelah batu saluran kandung kemih. dan diperkirakan ditemukan pada 50% pria berusia diatas 50 tahun dengan angka harapan hidup rata-rata di Indonesia yang sudah mencapai 65 tahun. Penduduk Indonesia yang berusia tua jumlahnya semakin meningkat diperkirakan sekitar 5% atau kira-kira 5 juta pria di Indonesia berusia 60 tahun atau lebih dan 2,5 juta pria diantaranya menderita gejala saluran kemih bagian bawah akibat BPH. BPH mempengaruhi kualitas kehidupan pada hampir 1/3 populasi pria yang berumur > 50 tahun. beberapa cara mengatasi yaitu dengan cara pembedahan (Purnomo,2011)

Di daerah Jawa Barat tahun 2014 terdapat sekitar 5.602 dengan insiden 0,99 % yang terkena penyakit BPH. Berdasarkan catatan rekam medik di ruangan bedah Rumah Sakit Umum Daerah dr Soekardjo Tasikmalaya didapatkan data di ruangan Melati IV pada bulan januari sampai desember 2018 ditemukan bahwa pasien dengan penyakit benigna prostat hiperplasia yaitu sebanyak 22 kasus ,menduduki

peringkat ke 3 pada bulan Juli, kasus ini termasuk daftar 10 besar penyakit bedah di RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya.

Tanda-tanda terjadinya pembesaran prostat jinak adalah memulai kencing yang lama disertai dengan mengejan, terputus-putusnya aliran kencing, menetesnya urin pada akhir kencing, pancaran dan kekuatan kalibernya lemah, rasa tidak puas setelah berakhirnya buang air kecil. Pembesaran prostat jinak (BPH) kadang-kadang dapat mengarah pada komplikasi akibat ketidakmampuan kandung kemih dalam mengosongkan urin. Beberapa komplikasi yang mungkin dapat timbul antara lain, Infeksi saluran kemih, penyakit batu kandung kemih, retensi urin akut atau ketidakmampuan berkemih, kerusakan kandung kemih dan ginjal.

Komplikasi-komplikasi tersebut dapat muncul apabila pembesaran prostat jinak yang terjadi tidak diobati secara efektif, maka sebaiknya dilakukan tindakan pembedahan.

Pada penderita BPH yang dilakukan tindakan *open prostatectomy* biasanya masalah keperawatan yang sering muncul adalah nyeri akut. Menurut Potter & Perry (2006) setiap tindakan pembedahan akan timbul masalah infeksi luka akibat prosedur insisi. Luka ini akan merangsang terjadinya respon nyeri. Nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan bagi sebagian orang. Nyeri sering kali dikaitkan dengan kerusakan pada tubuh yang merupakan peringatan terhadap adanya ancaman yang bersifat aktual atau potensial.

Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan hendaknya mampu untuk membantu dan mempertahankan lingkungan yang aman bagi klien, memberikan

penyuluhan kesehatan dan mengajarkan teknik relaksasi benson kepada pasien yang mengalami nyeri pasca operasi.

Berdasarkan fenomena yang telah dipaparkan diatas serta dampak dari penyakit ini maka dari itu penulis tertarik untuk menerapkan suatu bentuk asuhan keperawatan pada klien *BPH* dengan masalah keperawatan nyeri akut untuk dijadikan subjek studi kasus. Penulis mengambil judul untuk karya tulis ini yaitu “Asuhan Keperawatan Pada Klien *post* Open Prostatektomi atas indikasi BPH Dengan Nyeri Akut Di Ruang Melati IV RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya”.

1.2 Rumusan Masalah

“Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien *post* open prostatektomi atas indikasi BPH dengan nyeri akut di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Agar penulis memperoleh wawasan, menambah pengetahuan, dan keterampilan juga mampu memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif meliputi aspek bio, psiko, social dan spiritual pada klien *post* open prostatektomi dengan nyeri akut di ruang Melati IV RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1.3.2.1 Melaksanakan pengkajian pada klien yang mengalami *post open* prostatektomi dengan nyeri akut.
- 1.3.2.2 Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien yang mengalami *post open* prostatektomi dengan nyeri akut.
- 1.3.2.3 Menyusun rencana asuhan keperawatan pada klien yang mengalami *post open* prostatektomi dengan nyeri akut.
- 1.3.2.4 Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami *post open* prostatektomi dengan nyeri akut.
- 1.3.2.5 Melakukan evaluasi hasil keperawatan yang mengalami telah dilaksanakan pada klien yang *post open* prostatektomi dengan nyeri akut.

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan manfaat secara teoritis, dan dapat berguna sebagai sumbangan pemikiran bagi dunia pendidikan mengenai Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post* Operasi Open Prostatektomi Dengan Nyeri Akut.

1.4.2 Praktis

1.4.2.1 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan asuhan keperawatan ini dapat menjadi referensi bacaan ilmiah mahasiswa untuk mengaplikasikan mengenai asuhan keperawatan pada klien *Post Operasi Open Prostatektomi Dengan Nyeri Akut*.

1.4.2.2 Bagi Rumah Sakit

Memberikan masukan bagi pihak rumah sakit untuk menjadikan acuan dalam asuhan keperawatan pada klien *Post Operasi Open Prostatektomi Dengan Nyeri Akut*.

1.4.2.3 Bagi Profesi Keperawatan

Meningkatkan pengetahuan perawat dalam menerapkan teknik non-farmakologi terhadap asuhan keperawatan pada klien *Post Operasi Open Prostatektomi Dengan Nyeri Akut*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

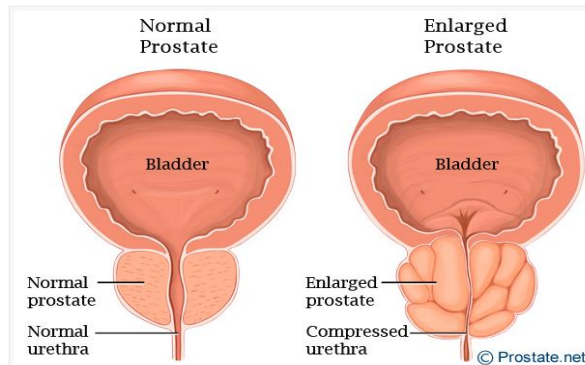
2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi Penyakit

Benigna prostat hyperplasia adalah pembesaran kelenjar dari jaringan seluler kelenjar prostat yang berhubungan dengan perubahan endokrin berhubungan dengan proses penuaan. Prostat adalah kelenjar yang berada di sekeliling uretra dan dibawah kandung kemih pada pria. Bila terjadi pembesaran lobus bagian tengah kelenjar prostat akan menekan dan uretra akan menyempit. (Suharyanto, 2009)

Berdasarkan beberapa teori diatas maka penulis dapat menyimpulkan bahwa *Benign Prostate Hyperplasia* adalah pembesaran secara progresif pada kelenjar prostat yang mengakibatkan penyempitan pada uretra sehingga terjadi obstruksi pengeluaran urine. Pembesaran kelenjar prostat ini disebabkan oleh perubahan endokrin yang dipengaruhi oleh proses penuaan.

Gambar 2.1 Prostat Normal dan Pembesaran Prostat

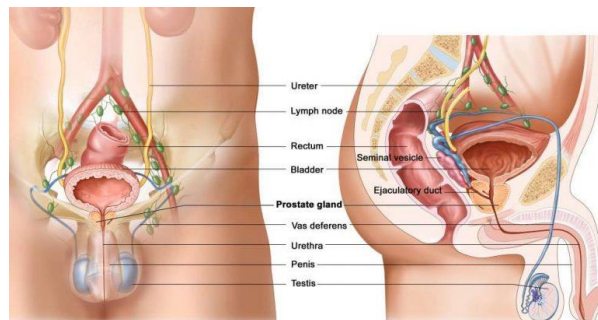


Sumber : Muttaqin, 2011

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi

2.1.2.1 Pengertian

Kelenjar prostat terletak tepat di bawah leher kandung kemih. Kelenjar ini mengelilingi uretra dan dipotong melintang oleh ductus ejakulatorius, yang merupakan kelanjutan dari vas deferens. Kelenjar ini berbentuk seperti buah kenari. Normal beratnya ± 20 gram dengan ukuran rata-rata: panjang 3.4 cm, lebar 4.4 cm, tebal 2.6 cm, didalamnya berjalan uretra posterior $\pm 2,5$ cm. Bagian anterior difiksasi oleh ligamentum pubroprostatikum dan sebelah inferior oleh diafragma urogenital. Pada prostat bagian posterior bermuara ductus ejakulatoris yang berjalan miring dan berakhir pada verumontanum pada dasar uretra prostatika tepat proksimal dan sfingter uretra eksterna. (Andra dan Yessie, 2013)



Gambar 2.2 Anatomi Prostat

Sumber : Andra dan Yessie (2013)

Secara embriologi menurut klasifikasi Lowsley; prostat berasal dari lima evaginasi epitel uretra yaitu anterior, posterior, medial, lateral kanan dan lateral kiri. Prostat normal terdiri dari 50 kelenjar. Selama perkembangannya lobus medius, lobus anterior dan lobus posterior akan menjadi satu disebut lobus medius. Pada penampang lobus medius kadang-kadang tidak tampak karena terlalu kecil dan lobus ini tampak homogen berwarna abu-abu, dengan kista kecil berisi cairan seperti susu, kista ini disebut kelenjar prostat.

Vaskularisasi kelenjar prostat yang utama berasal dari arteri vesikalis inferior dan masuk lewat basis prostat di Vesico Prostatic Junction. Persarafan kelenjar prostat sama dengan persarafan kandung kemih bagian inferior yaitu fleksus saraf simpatis dan parasimpatis. Sekresi dan motor yang mensarafi prostat berasal dari plexus simpatikus dari Hipogastricus dan medula sakral III-IV dari plexus sakralis (Primandari, 2016).

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

terdapat pada uretra. Dibawah kelenjar ini terdapat kelenjar Bulbo uretralis yang memiliki panjang 2-5 cm yang fungsinya hampir sama dengan kelenjar prostat. Kelenjar ini menghasilkan sekresi yang penyalurannya dari testis secara kimiawi dan fisiologis sesuai kebutuhan spermatozoa. Sewaktu perangsangan seksual, prostat mengeluarkan cairan encer seperti susu yang mengandung berbagai enzim dan ion ke dalam ductus ejakulatorius. Cairan ini menambah volume cairan vesikula seminalis dan sperma. Cairan prostat bersifat basa (alkalis). Sewaktu mengendap di vagina wanita, bersama dengan ejakulat yang lain, cairan ini dibutuhkan karena motilitas sperma akan berkurang dalam lingkungan dengan pH rendah (Suzanne C. Smeltzer, 2005, Elizabeth J.C, 2009).

2.1.3 Etiologi

Penyebab pasti terjadinya BPH sampai sekarang belum diketahui. Namun, kelenjar prostat jelas sangat tergantung pada hormon androgen. Faktor lain yang erat kaitannya dengan BPH adalah proses penuaan. Ada beberapa faktor yang kemungkinan menjadi penyebab antara lain:

a. Dihydrotestosteron (DHT)

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

b. Perubahan keseimbangan hormon estrogen-testosteron

Pada proses penuaan yang dialami pria terjadi peningkatan hormon estrogen dan penurunan testosteron yang mengakibatkan hiperplasi stroma.

c. Interaksi stroma-epitel

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

d. Berkurangnya sel yang mati

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

e. Teori kebangkitan kembali (reawakening) atau reinduksi dari kemampuan mesenkim sinus urogenital untuk berproliferasi dan membentuk jaringan prostat.

f. Proses penuaan dan adanya sirkulasi androgen membutuhkan perkembangan BPH

g. Bentuk nodular jaringan prostat mengalami pembesaran

h. Normalnya jaringan yang tipis dan fibrous pada permukaan kapsul prostat menjadi spons menebal dan membesar.

i. Uretra prostatik menjadi tertekan dan sempit menyebabkan kandung kemih menjadi kencang untuk bekerja lebih keras mengeluarkan urine.

- j. Efek Obsruksi yang lama menyebabkan tegangan dinding kandung kemih dan menurun elastisitasnya.

2.1.4 Patofisiologi

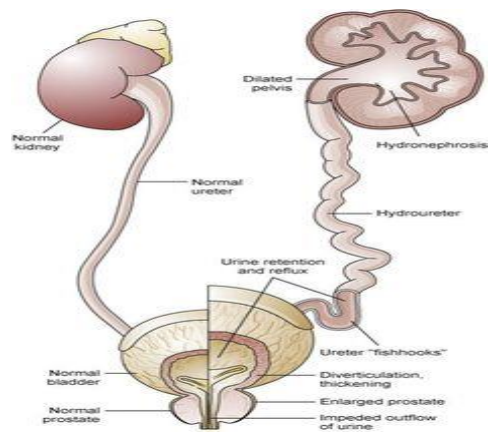
Prostat sebagai kelenjar ejakulat memiliki hubungan fisiologis yang sangat erat dengan DHT. Hormon ini merupakan hormone yang memacu pertumbuhan prostat sebagai kelenjar ejakulat yang nantinya akan mengoptimalkan fungsinya. Hormone ini disintesis dalam kelenjar prostat dari hormone testosterone dalam darah. Prostat sintesis ini dibantu oleh enzim 5α -reduktase tipe 2. Selain DHT yang menjadi precursor, estrogen juga memiliki pengaruh terhadap pembesaran kelenjar prostat. Seiring dengan penambahan usia, maka prostat akan lebih sensitive dengan stimulasi androgen, sedangkan estrogen mampu memberikan proteksi terhadap BPH. Dengan pembesaran yang sudah melebihi normal, maka akan terjadi desakan pada traktus urinarius. Pada tahap awal, obstruksi traktus urinarius jarang menimbulkan keluhan, karena dengan dorongan mengejan dan kontraksi yang kuat dari otot *detrusor* mampu mengeluarkan urin secara spontan. Namun, obstruksi yang sudah kronis membuat dekompensasi dari otot *detrusor* untuk berkontraksi yang akhirnya menimbulkan obstruksi saluran kemih (Mitchell, 2009)

Keluhan yang biasanya muncul dari obstruksi ini adalah dorongan mengejan saat miksi yang kuat, pancaran urine lemah/menetes, dysuria (saat kencing terasa terbakar), palpasi *rectal toucher* menggambarkan

hipertropi prostat, distensi vesika. Hipertrofi fibromuskuler yang terjadi pada klien BPH menimbulkan penekanan pada prostat dan jaringan sekitar, sehingga menimbulkan iritasi pada mukosa uretra. Iritabilitas inilah nantinya akan menyebabkan keluhan frekuensi, urgensi, inkontinensia urgensi, dan nokturia. Obstruksi yang berkelanjutan akan menimbulkan komplikasi yang lebih besar, misalnya *hidronefrosis*, gagal ginjal dan lain sebagainya. Oleh karena itu kateterisasi utuk tahap awal sangat efektif untuk mengurangi distensi vesika urinaria (Mitchell, 2009).

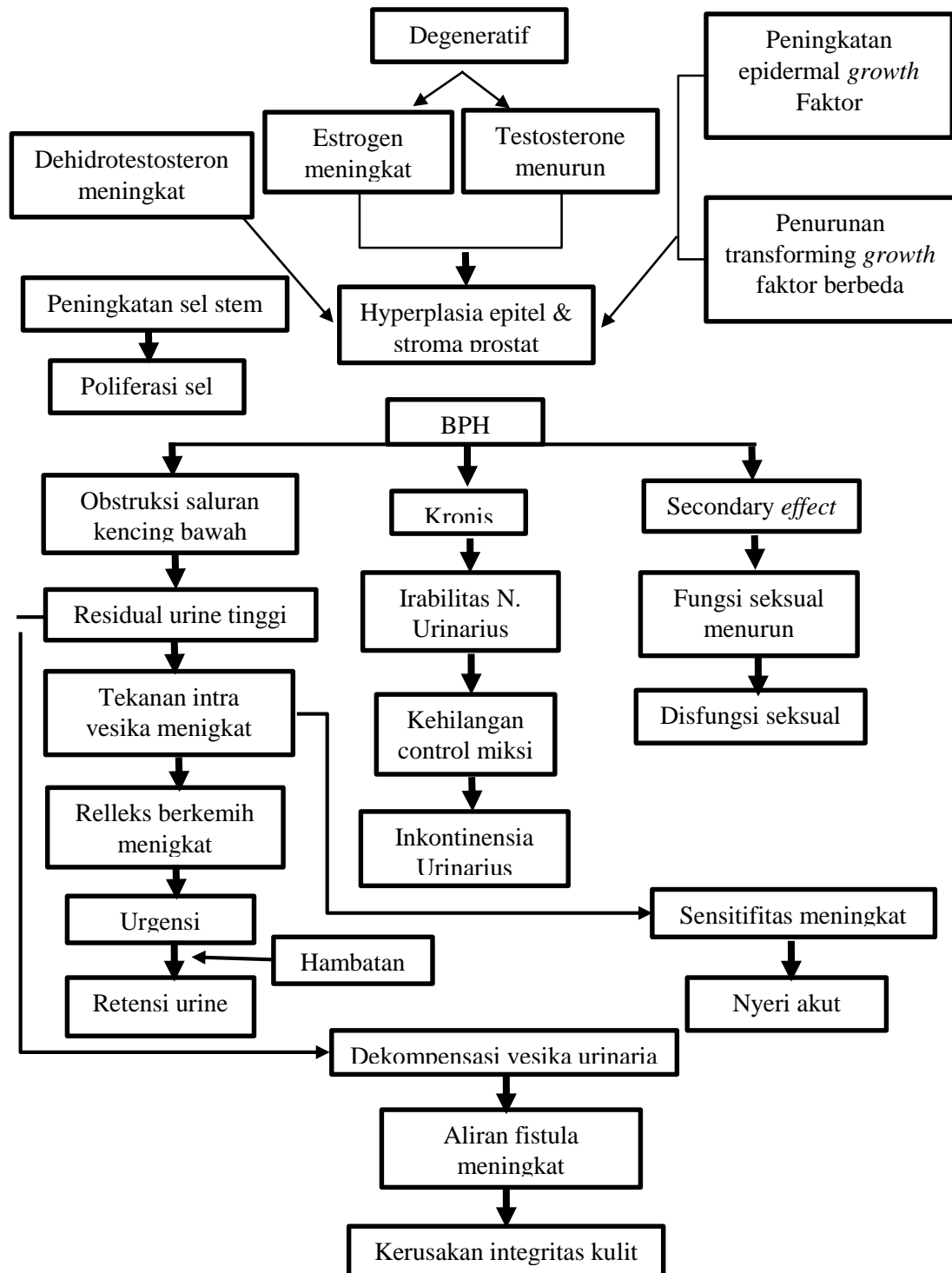
Pembesaran pada BPH terjadi secara bertahap, mulai dari zona periuretral dan transisional. Hyperplasia ini terjadi secara nodular dan sering diiringi oleh proliferasi fibromuscular untuk lepas dari jaringan epitel. Oleh karena itu, hyperplasia zona transisional ditandai oleh banyaknya jaringan kelenjar yang tumbuh pada pucuk dan cabang dari pada ductus. Sebenarnya proliferasi zona transisional dan zona sentral pada prostat berasal dari turunan *ductus Wolffii* dan proliferasi zona perifer berasal dari *sinus urogenital*. Sehingga, berdasarkan latar belakang embrilogis inilah bias diketahui mengapa BPH terjadi pada zona transisiona dan sentral, sedangkan Ca prostat terjadi pada zona perifer (Heffner, 2002)

Gambar 2.3 Komplikasi-komplikasi BPH



Sumber : Primandari, 2016

Bagan 2.1 Pathway



Sumber : Prabowo (2014)

2.1.5 Manifestasi Klinik

Gejala-gejala pembesaran prostat jinak dikenal sebagai *Lower Urinary Tract Symptoms* (LUTS), yang dibedakan menjadi :

a. Gejala Obstruktif, yaitu:

- 1) Hesitansi yaitu memulai kencing yang lama dan seringkali disertai dengan mengejan yang disebabkan oleh otot destrussor buli-buli memerlukan waktu beberapa lama untuk meningkatkan tekanan intravesikal guna mengatasi tekanan dalam uretra prostatika.
- 2) *Intermitency* yaitu terputus-putusnya aliran kencing yang disebabkan oleh ketidakmampuan otot destrussor dalam mempertahankan tekanan intra vesika sampai berakhirnya miksi
- 3) Terminal *dribbling*, yaitu menetesnya urin pada akhir kencing
- 4) Pancaran lemah, yaitu kelemahan kekuatan dan kaliber pancaran destrussor memerlukan waktu untuk dapat melampaui tekanan di uretra.
- 5) Rasa tidak puas setelah berakhirnya buang air kecil dan terasa belum puas

b. Gejala Iritasi, yaitu:

- 1) Urgensi yaitu perasaan ingin buang air kecil yang sulit ditahan.
- 2) Frekuensi yaitu penderita miksi lebih sering dari biasanya dapat terjadi pada malam hari (Nocturia) dan pada siang hari.

3) Disuria yaitu nyeri pada waktu kencing.

Efek yang dapat terjadi akibat *hypertropi prostat*:

a. Terhadap Uretra:

Bila lobus medius membesar, biasanya arah ke atas mengakibatkan uretra pars prostatika bertambah panjang, dan oleh karena fiksasi ductus ejaculatoris maka perpanjangan akan berputar dan mengakibatkan sumbatan.

b. Terhadap vesica urinaria

Pada vesika urinaria akan didapatkan hypertropi otot sebagai akibat proses kompensasi, dimana muscle fibro menebal ini didapatkan bagian yang mengalami depresi (lekukan) yang disebut potensial divertikula. Pada proses yang lebih lama akan terjadi dekomposisi otot-otot yang hypertropi dan akibatnya terjadi atonia (tidak ada kekuatan) pada otot-otot tersebut.

Kalau pembesaran terjadi pada medial lobus, ini akan membentuk suatu post prostatika pouch, atau kantong yang terdapat pada kandung kemih di belakang medial lobe. Post prostatika adalah sumber terbentuknya residual urin (urin yang tersisa) dan pada post prostatika pouch ini juga selalu didapati adanya batu-batu di kandung kemih.

c. Terhadap Uretra dan ginjal:

Kalau keadaan uretra vesica valve baik, tekanan ke ekstra vesikel tidak diteruskan ke atas. Namun, bila valve ini rusak maka tekanan diteruskan ke atas. Akibatnya, otot-otot calyces, pelvis, ureter sendiri

mengalami hipertropi dan akan mengakibatkan hidronefrosis dan akibat lanjut uremia.

d. Terhadap sex organ

Mula-mula libido meningkat, tetapi akhirnya libido menurun

2.1.6 Komplikasi

Menurut Nursalam & Fransisca (2009) terdapat tiga komplikasi yang ditimbulkan dari *Benigna Prostat Hyperplasia* yaitu :

- a. Retensi urine akut dan involusi kontraksi kandung kemih.
- b. Refluks kandung kemih, hidroureter, dan hidronefrosis.
- c. *Gross hematuria* dan *urinary tract infection* (UTI).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

a. 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 asimetri, adakah nodul pada prostat, apakah batas atas dapat diraba. Derajat berat obstruksi dapat diukur dengan menentukan jumlah sisa urin setelah miksi spontan. Sisa miksi ditentukan dengan mengukur urin yang masih dapat keluar dengan kateterisasi. Sisa urin dapat pula diketahui dengan melakukan ultrasonografi kandung kemih setelah miksi.

Ada 3 cara untuk mengukur besarnya hipertropi prostat, yaitu:

1) Rectal grading

Dilakukan dalam keadaan buli-buli kosong. Sebab bila buli-buli penuh penuh dapat terjadi kesalahan dalam penilaian. Dengan rectal toucher diperkirakan dengan beberapa cm prostat menonjol ke dalam lumen dan rectum, Menonjolnya prostat dapat ditentukan dalam grade. Pembagian grade sebagai berikut:

0 – 1 cm = Grade 0

1 – 2 cm = Grade 1

2 – 3 cm = Grade 2

3 – 4 cm = Grade 3

Lebih 4 cm = Grade 4

Biasanya pada grade 3 dan 4 batas dari prostat tidak dapat diraba karena benjolan masuk ke dalam cavum rectum, Dengan menentukan recatal grading maka didapatkan kesan besar dan beratnya prostat dan juga penting untuk menentukan macam tindakan operasi yang akan dilakukan. Bila kecil (grade 1) maka terapi yang baik adalah TURP (*Trans Urethral Resection Prostat*) Bila prostat besar (grade 3-4) dapat dilakukan prostatektomy terbuka secara transvesical.

2) Clinical Grading

Pada pengukuran ini yang menjadi patokan adalah banyakan sisa urin. Pengukuran ini dilakukan dengan cara meminta pasien berkemih sampai selesai saat bangun tidur pagi, kemudian

memasukkan kateter ke dalam kandung kemih untuk mengukur sisa urin.

Sisa urin 0 cc = Normal

Sisa urin 0-50 cc = Grade 1

Sisa urin 50-150 cc = Grade 2

Sisa urin >150 cc = Grade 3

Sama sekali tidak bisakemih = Grade 4

3) Intra uretra grading

Untuk melihat seberapa jauh penonjolan lobus lateral ke dalam lumen uretra. Pengukuran ini harus dapat dilihat dengan penendoskopy dan sudah menjadi bidang dari urologi yang spesifik.

b. Pemeriksaan laboratorium

1) Analisis urin dan pemeriksaan mikroskopik urin, elektrolit, kadar ureum kreatini.

2) Bila perlu Prostate Spesific Antigen (PSA), untuk dasar penentuan biopsi

c. pemeriksaan radiologi

1) Foto polos abdomen

2) BNO-IVP

3) Systocopy / systografi

Dilakukan apabila pada anamnesis ditemukan hematuria atau pada pemeriksaan urin ditemukan mikrohematuria. Pemeriksaan ini dapat

memberi gambaran kemungkinan tumor di dalam kandung kemih atau sumber perdarahan dari atas apabila darah datang dari muara ureter atau batu radiolusen di dalam vesica. Selain itu, sistoskopi dapat juga memberi keterangan mengenai besar prostat dengan mengukur panjang urethra pars prostatica dan melihat penonjolan prostat ke dalam urethra.

d. USG (ultrasonografi)

Digunakan untuk memeriksa konsistensi, volume dan besar prostat juga keadaan buli-buli termasuk residual urin. Pemeriksaan dapat dilakukan secara transrektal, transuretral dan supra publik.

2.1.8 Penatalaksanaan

a. Terapi Medikamentosa

Pemberian obat golongan reseptor alfa-adrenergik inhibitor mampu merelaksasikan otot polos prostat dan saluran kemih akan lebih terbuka. Obat golongan 5 alfa-reduktase inhibitor mampu menurunkan kadar dehidrotestosteron intraprostat, sehingga dengan turunnya kadar testosteron dalam plasma maka prostat akan mengecil (Prabowo & Pranata 2014).

b. Terapi Bedah

Waktu penanganan untuk tiap pasien bervariasi tergantung beratnya gejala dan komplikasi. Indikasi terapi bedah, yaitu: Retensio urin berulang, Hematuria, Tanda penurunan fungsi ginjal, Infeksi saluran

kencing berulang, Tanda-tanda obstruksi berat yaitu divertikel, hidroureter dan hidronefrosis, Ada batu saluran kemih.

Macam-macam tindakan bedah pada klien BPH:

a. Prostatektomi

Ada berbagai macam prostatektomi yang dapat dilakukan, Masing-masing mempunyai kelebihan dan kekurangan antara lain:

1) Prostatektomi Suprapubis

Adalah salah satu metode mengangkat kelenjar melalui insisi abdomen yaitu suatu insisi yang dibuat ke dalam kandung kemih dan kelenjar prostat diangkat dari atas. Pendekatan ini dilakukan untuk kelenjar dengan berbagai ukuran dan beberapa komplikasi dapat terjadi seperti kehilangan darah lebih banyak dibanding metode yang lain. Dan kekurangannya control perdarahannya lebih sulit, urin dapat bocor disekitar tuba suprapubis, serta pemulihan lebih lama dan tidak nyaman. Keuntungannya tekniknya sederhana , memberikan area eksplorasi lebih luas, pengangkatan kelenjar pengobstruksi lebih komplit.

2) Prostatektomi Perineal

Adalah mengangkat kelenjar melalui suatu insisi dalam perineum, cara ini lebih praktis dibanding cara lain, dan sangat berguna untuk biopsy terbuka. Keuntungan yang lain memberikan pendekatan anatomis langsung, drainase oleh bantuan gravitasi, angka morrtalitas rendah, insiden syok lebih rendah, serta ideal

bagi pasien prostat yang besar, risiko bedah buruk bagi pasien yang sangat tua.

3) Prostatektomi Retropubik

Suatu teknik yang lebih umum dibanding pendekatan suprapubik dimana insisi abdomen lebih rendah mendekati kelenjar prostat, yaitu antara arkus pubis dan kandung kemih tanpa memasuki kandung kemih. Prosedur ini cocok untuk kelenjar besar yang terletak tinggi dalam pubis.

b. Insisi Prostat Transuretral (TUIP)

Yaitu suatu prosedur menangani BPH dengan cara memasukkan instrumen melalui uretra. Satu atau dua buah insisi dibuat pada prostat dan kapsul prostat untuk mengurangi tekanan prostat pada uretra dan mengurangi konstriksi uretral. Cara ini diindikasikan ketika kelenjar prostat berukuran kecil (30 gram/kurang) dan efektif dalam mengobati banyak kasus BPH. Cara ini dapat dilakukan di klinik rawat jalan dan mempunyai angka komplikasi lebih rendah dibandingkan cara lainnya.

c. TURP (*Transuretral Reseksi Prostat*)

TURP adalah suatu operasi pengangkatan jaringan prostat lewat uretra menggunakan resektroskop, dimana resektroskop merupakan endoskop dengan tabung 10-3-F untuk pembedahan uretra yang dilengkapi dengan alat pemotong dan counter yang disambungkan dengan arus listrik. Tindakan ini memerlukan pembiusan umum

maupun spinal dan merupakan tindakan invasif yang masih dianggap aman dan tingkat morbidity minimal.

TURP merupakan operasi tertutup tanpa insisi serta tidak mempunyai efek merugikan terhadap potensi kesembuhan. Operasi ini dilakukan pada prostat yang mengalami pembesaran antara 30-60 gram, kemudian dilakukan reseksi. Cairan irigasi digunakan secara terus menerus dengan cairan isotonis selama prosedur. Setelah dilakukan reseksi, penyembuhan terjadi dengan granulasi dan reepitalisasi uretra pars prostatika.

Setelah dilakukan TURP dipasang kateter Foley tiga saluran no. 24 yang dilengkapi dengan balon 30ml, untuk memperlancar pembuangan gumpalan darah dari kandung kemih. Irigasi kandung kemih yang konstan dilakukan setelah 24 jam bila tidak keluar bekuan darah lagi, kemudian kateter dibilas tiap 4 jam sampai cairan jernih. Kateter diangkat setelah 3-5 hari setelah operasi dan pasien harus sudah dapat berkemih dengan lancar. TURP masih merupakan standar emas. Indikasi TURP ialah gejala-gejala dari sedang sampai berat, volume prostat kurang dari 60 gram dan pasien cukup sehat untuk menjalani operasi. Komplikasi TURP jangka pendek adalah perdarahan, infeksi, hiponatremia atau retensio oleh karena bekuan darah. Sedangkan komplikasi jangka panjang adalah striktur uretra, ejakulasi retrograde (50-90%), impotensi (4-40%) Oleh karena

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

2.2 Konsep nyeri

2.2.1 Definisi

Nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain, sehingga individu merasa tersiksa, menderita yang akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari (Asmadi 2009).

2.2.2 Klasifikasi nyeri

Menurut Asmadi (2009) klasifikasi dibedakan menjadi dua yaitu :

a. Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri diketahui dengan jelas. Rasa nyeri mungkin sebagai akibat dari luka, seperti luka operasi, ataupun pada arteriosclerosis pada arteri koroner.

b. Nyeri kronis

Nyeri kronis yaitu nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan. Nyeri kronis ini polanya beragam dan berlangsung berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Ragam pola tersebut ada yang nyeri timbul dengan periode yang diselingi interval bebas dari nyeri lalu timbul kembali lagi nyeri, dan begitu seterusnya. Ada pula pola nyeri kronis yang

konstan, rasa nyeri tersebut terus menerus terasa makin lama makin meningkat intensitasnya walaupun telah diberikan pengobatan.

2.2.3 Pengukuran derajat nyeri

Menurut Tantri (2009) beberapa skala dapat digunakan untuk mengukur derajat nyeri ataupun derajat perbaikan nyeri setelah intervensi. Skala pengukuran nyeri dapat digunakan untuk membandingkan efikasi beberapa terapi nyeri, pengukuran nyeri dapat dilakukan dengan skala sebagai berikut :

a. Skala deskripsi verbal (SDV)

Skala deskripsi verbal adalah skala yang paling sering digunakan (dengan menggunakan kategori : tidak nyeri sama sekali, nyeri ringan, nyeri sedang, nyeri berat).

b. Numerical Rating Scale (NRS)

NRS terdiri atas dua bentuk, verbal dan tertulis. Pasien mengukur intensitas nyeri yang dirasakannya dalam skala 0-10 dimana 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan 10 menunjukkan nyeri terburuk.

Keterangan:

0 : tidak nyeri

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

4-6 : nyeri sedang: secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

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

10 : nyeri sangat berat : pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

c. Skala analog visual (SAV)

SAV adalah skala yang paling sering digunakan untuk mengukur intensitas nyeri, dengan kata “tidak nyeri” di ujung kiri dan “sangat nyeri” di ujung kanan.

2.2.4 Efek respon nyeri

a. Perubahan fisiologis

Perubahan fisiologis yang disebabkan oleh nyeri dan cedera merupakan akibat aktivasi sistem saraf pusat dan perifer (Marsaban et al 2009).

b. Perubahan psikologi

Setiap individu memiliki respons yang berbeda terhadap stimulus akut, dan berbahaya, termasuk dalam nyeri pasca bedah. Variasi ini berasal dari perbedaan pengalaman, makna nyeri, kecemasan, dan kemampuan kontrol terhadap suatu kejadian (Marsaban et al 2009).

2.2.5 Strategi penanganan nyeri

a. Management Nyeri Farmakologi

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

b. Management Nyeri Non-Farmakologi

Cara non farmakologis dapat dilakukan dengan cara relaksasi, teknik pernapasan, *massage*, akupresur, terapi panas dingin, musik dan TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*) (Ma'rifah 2014). Management Nyeri Non-Farmakologi untuk mengurangi nyeri saat ini terus dikembangkan menjadi beberapa teknik, salah satunya adalah *Relaksasi Benson*. *Relaksasi Benson* merupakan relaksasi menggunakan teknik pernapasan yang biasa digunakan pada pasien yang sedang mengalami nyeri atau mengalami kecemasan. Pada *Relaksasi Benson* ada penambahan unsur keyakinan dalam bentuk kata-kata berupa nama-nama Tuhan atau kata-kata yang memiliki makna menenangkan bagi pasien itu sendiri (Solehati & Kosasih 2015).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dan dasar dalam proses keperawatan secara menyeluruh (Jitowiyono 2012). Pokok utama pengkajian, meliputi :

1. Pengumpulan Data

- a. Identitas Klien

Terdiri dari : nama, umur, jenis kelamin, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, status marital, tanggal masuk Rumah Sakit, tanggal operasi, tanggal pengkajian, No. Medrek, diagnosa medis dan alamat.

- b. Identitas Penanggung Jawab

Terdiri dari : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan keluarga dengan klien, alamat.

2. Riwayat Kesehatan

- a. Keluhan Utama

Keluhan utama yang mungkin dirasakan setelah operasi *prostatectomy* diantaranya nyeri pada luka operasi (Brunner & Suddarth 2013).

- b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat merupakan penuntun pengkajian fisik yang berkaitan informasi tentang keadaan fisiologis, psikologis, budaya dan psikososial untuk membantu pasien dalam

mengutarakan masalah–masalah atau keluhan secara lengkap, maka perawat dianjurkan menggunakan analisa symptom PQRST.

1) Provokatif dan paliatif

Yaitu segala sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan. Biasanya pada klien pasca open prostatektomi mengeluh nyeri

2) Kualitatif atau Quantitatif

Bagaimana gejala dirasakan, apakah menyebar. Biasanya pada klien pasca open prostatektomi mengeluh nyeri yang dirasakan sangat berat

3) *Region* atau Area Radiasi

Dimana gejala dirasakan apakah menyebar. Biasanya pada klien pasca open prostatektomi mengeluh nyeri yang dirasakan lokal atau pun menyeluruh

4) *Severity* atau Skala

Seberapa tingkat keparahan rasa nyeri yang dirasakan klien. Pada skala berapa, skala nyeri 0-10.

5) *Timing*

Yaitu menunjukan waktu terjadinya dan frekuensinya kejadian keluhan. Biasanya pada klien pasca open prostatektomi mengeluh nyeri yang dirasakan ketika bergerak dan ditekan pada daerah luka.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat penyakit dahulu diisi dengan riwayat penyakit klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat dipengaruhi atau mempengaruhi penyakit yang diderita klien saat ini. Bila klien pernah menjalani operasi, perlu dikaji tentang waktu operasi, jenis operasi, jenis anestesi, dan kesimpulan akhir setelah operasi (Nikmatur 2012).

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Mengkaji penyakit yang ada dalam keluarga apakah ada yang menderita penyakit serupa dengan klien dan penyakit menular lain serta penyakit keturunan. Secara patologi BPH tidak diturunkan (Nikmatur 2012)

3. Data Biologis

a. Pola nutrisi

Dikaji tentang frekuensi makan, porsi makan, riwayat alergi terhadap suatu jenis makanan tertentu dan jenis minuman, jumlah minuman, adakah pantangan.

b. Pola eliminasi

1) Buang Air Besar (BAB)

Kaji Frekuensi BAB, warna, bau, konsistensi feses dan keluhan klien yang berkaitan dengan BAB

2) Buang Air Kecil (BAK)

Biasanya klien post operasi 1-5 hari dipasang kateter dan irigasi kandung kemih kontinyu (spooling) (Brunner & Suddarth 2013).

c. Pola istirahat tidur

Waktu tidur, lamanya tidur setiap hari, apakah ada kesulitan dalam tidur. Pada klien post operasi BPH terjadi nyeri dan hal ini mungkin akan mengganggu istirahat tidur klien.

d. Pola personal hygiene

Dikaji mengenai frekuensi dan kebiasaan mandi, mencuci rambut, gosok gigi dan memotong kuku. Pada klien BPH post operasi kemungkinan dalam perawatan dirinya tersebut memerlukan bantuan baik sebagian maupun total.

e. Pola aktivitas

Kaji kegiatan dalam beraktivitas yang dilakukan dilingkungan keluarga dan masyarakat : mandiri / tergantung.

f. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dalam keperawatan dipergunakan untuk memperoleh data objektif dari riwayat keperawatan klien, dalam pemeriksaan fisik dapat menentukan status kesehatan

klien dan mengambil data dasar untuk menentukan rencana keperawatan.

1) Sistem Pernapasan

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

2) Sistem Kardiovaskuler

Pada klien BPH dengan post operasi dapat terjadi penurunan tekanan darah, peningkatan frekuensi nadi, anemis, dan pucat jika klien mengalami syok (Brunner & Suddarth 2013).

3) Sistem Pencernaan

Pada klien BPH pada post operasi dapat terjadi mual karena efek anestesi sehingga timbul anoreksia (Brunner & Suddarth 2013).

4) Sistem Perkemihan

Biasanya klien post operasi 1-5 hari dipasang kateter dan irigasi kandung kemih kontinyu (spooling) (Brunner & Suddarth 2013).

5) Sistem Endokrin

Pada klien BPH terjadi penurunan jumlah hormon testosteron (Brunner & Suddarth 2013).

6) Sistem Persarafan

Pada klien BPH post operasi terdapat rangsangan nyeri akibat luka insisi. Tingkat kesadaran pada klien BPH compos mentis (Brunner & Suddarth 2013).

7) Sistem Integumen

Pada klien BPH dengan post operasi terdapat luka insisi jika dilakukan prostatektomi terbuka (Brunner & Suddarth 2013).

8) Sistem Muskuloskeletal

Pada klien BPH dengan post operasi terjadi keterbatasan pergerakan dan immobilisasi akibat nyeri yang dirasakan oleh klien (Brunner & Suddarth 2013).

9) Sistem Reproduksi

Pada klien BPH dengan post operasi dapat terjadi disfungsi seksual bahkan sampai terjadi impotensi. Pada saat ejakulasi cairan sperma dapat bercampur dengan urine sehingga dapat terjadi infeksi tetapi hal ini tidak mengganggu fungsi seksual (Brunner & Suddarth 2013).

4. Data psikologis

a. Status emosional

Dikaji tentang emosi klien. Pada klien BPH dengan post operasi, biasanya terjadi ansietas sehubungan dengan prosedur pembedahan.

b. Konsep diri

1) Citra tubuh

Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan tentang ukuran dan bentuk serta penampilan.

2) Identitas diri

Kesadaran tentang diri sendiri yang dapat diperoleh individu dari observasi dan penilaian terhadap dirinya.

3) Peran diri

Serangkaian sikap perilaku, nilai dan tujuan yang dihubungkan dengan fungsi individu didalam kelompok sosialnya.

4) Ideal diri

Persepsi individu tentang bagaimana ia seharusnya bertingkah laku berdasarkan standar pribadi.

5) Harga diri

Penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisis seberapa banyak kesesuaian tingkah laku dengan dirinya.

5. Mekanisme koping

Perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiologik. Mekanisme koping terdiri dari :

- a. Regresi berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menganggulangi ansietas dan upaya untuk menanggulangi ansietas.
- b. Projeksi sebagai upaya untuk menjelaskan kerancuan persepsi
- c. Menarik diri

6. Data sosial dan budaya

Pengkajian ini menyangkut pada pola komunikasi, gaya hidup, hubungan sosial, faktor sosiokultural.

7. Data spiritual

Menyangkut agama yang dianut klien, kegiatan agama dan kepercayaan yang dilakukan klien selama ini apakah ada gangguan aktivitas beribadah selama sakit. Dan juga bagaimana sikap klien terhadap petugas kesehatan dan keyakinan klien terhadap penyakit yang dideritanya.

8. Data penunjang

Data penunjang meliputi farmakoterapi dan prosedur diagnostik medik seperti pemeriksaan darah, urine, radiologi, dan USG.

9. Analisa Data

Analisa data adalah pengelompokan data-data klien atau keadaan tertentu mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya (Nikmatur & Walid 2009).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penyatuan dari masalah pasien yang nyata maupun potensial berdasarkan data yang telah dikumpulkan (Jitowiyono 2012). Menurut Nanda nic-noc 2015 , diagnosa keperawatan yang mungkin muncul post operasi *prostatectomy* adalah

1. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan sumbatan saluran pengeluaran pada kandung kemih
2. Nyeri akut berhubungan dengan agent injuri fisik (spasme kandung kemih)
3. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan sebagai efek skunder dari prosedur pembedahan
4. Resiko perdarahan berhubungan dengan trauma efek samping pembedahan
5. Retensi urine
6. Ansietas berhubungan dengan perasaan takut terhadap tindakan pembedahan

2.3.3 Perencanaan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1	<p>Gangguan eliminasi urin b.d sumbatan saluran pengeluaran pada kandung kemih</p> <p>Definisi: Disfungsi pada eliminasi urine</p> <p>Batasan karakteristik: a. disuria b. Sering berkemih c. Inkontinensia d. Nokturia e. Retansi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan:</p> <p>a. Kandung kemih kosong secara penuh b. Tidak ada residu urine >100-200 cc c. Intake cairan dalam rentang normal d. Bebas dari ISK e. Tidak ada spasme bladder f. balance cairan seimbang</p>	<p>a. Kaji haluaran urine dan sistem kateter (drainase) khususnya selama irigasi kandung kemih</p> <p>b. bantu pasien memilih posisi yang normal untuk berkemih contoh berdiri, berjalan ke kamar mandi dengan frekuensi sering setelah kateter dilepas</p> <p>c. perhatikan waktu, jumlah berkemih dan ukuran aliran setelah kateter dilepas serta keluhan rasa penuh kandung kemih, ketidakmampuan berkemih dan urgensi</p> <p>d. anjurkan pasien untuk berkemih tiap 2-4 jam dan bila terasa ada dorongan untuk BAK</p> <p>e. instruksikan pasien untuk latihan perineal, contoh mengencangkan bokong, menghentikan dan memulai BAK</p> <p>f. pertahankan irigasi kandung kemih kontinu sesuai indikasi pada perioide paska operasi</p>	<p>a. retensi dapat terjadi Karena edema area bedah, bekuan darah dan spasme kandung kemih</p> <p>b. Mendorong pasese urine dan meningkatkan rasa normalitas</p> <p>c. Kateter biasanya dilepas 2-5 hari setelah bedah, tetapi berkemih dapat berlanjut menjadi masalah untuk beberapa waktu karena edema uretral dan kehilangan tonus</p> <p>d. Berkemih dengan dorongan mencegah retensi urine, keterbatasan berkemih untuk tiap 4 jam dapat meningkatkan tonus kandung kemih dan membantu latihan ulang kandung kemih</p> <p>e. Membantu meningkatkan control kandung kemih, spingter, urine dan meminimalkan inkontinensia</p> <p>f. Mencuci kandung kemih dari bekuan darah dan debris untuk mempertahankan patensi kateter atau aliran urin</p>

2	<p>Nyeri akut b.d agent injuri fisik</p> <p>Definisi: Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam kerusakan sedemikian rupa (Asosiasi Studi Nyeri Internasional): awitan yang tiba-tiba atau mendadak dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Perubahan selera makan Perubahan tekanan darah Perubahan frekuensi jantung Perubahan frekuensi pernafasan Laporan isyarat Diaforesis Perilaku distraksi Mengekspresikan perilaku Masker wajah Sikap melindungi area nyeri Fokus menyempit 	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<ol style="list-style-type: none"> Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan Kurangi faktor presipitasi nyeri Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal) 	<ol style="list-style-type: none"> Membantu mengevaluasi derajat ketidaknyamanan dan efektivitas analgesia atau dapat mengungkapkan perkembangan komplikasi Isyarat nonverbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu-satunya indikator jika klien tidak dapat menyatakan secara verbal Reduksi ansietas dan ketakutan dapat meningkatkan relaksasi dan kenyamanan Penanganan sukses terhadap nyeri memerlukan keterlibatan pasien. Penggunaan teknik efektif memberikan penguatan positif, meningkatkan rasa control, dan menyiapkan pasien untuk intervensi yang biasa digunakan setelah pulang Untuk meningkatkan manajemen nyeri nonfarmakologi Meningkatkan istirahat dan meningkatkan kemampuan coping Membantu klien beristirahat lebih efektif dan memfokuskan kembali perhatian sehingga mengurangi
---	---	--	---	--

	<p>l. Indikasi nyeri yang dapat diamati</p> <p>m. Perubahan posisi untuk menghindari nyeri</p> <p>n. Sikap tubuh melindungi</p> <p>o. Dilatasi pupil</p> <p>p. Melaporkan nyeri secara verbal</p> <p>q. Gangguan tidur</p>		<p>h. Ajarkan tentang teknik non farmakologi</p> <p>i. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>j. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri</p> <p>k. Tingkatkan istirahat</p> <p>l. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil</p> <p>m. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri</p>	<p>nyeri dan ketidaknyamanan</p> <p>h. Memfokuskan kembali perhatian, meningkatkan relaksasi, dan dapat meningkatkan kemampuan koping</p> <p>i. Meredakan nyeri, meningkatkan kenyamanan, dan meningkatkan istirahat</p> <p>j. Nyeri merupakan pengalaman subjektif, pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas medikasi dan kemajuan penyembuhan</p> <p>k. Mengurangi ketegangan otot, meningkatkan relaksasi, dan dapat meningkatkan kemampuan koping</p> <p>l. Perubahan pada karakteristik nyeri dapat mengindikasikan suatu komplikasi, memerlukan evaluasi dan intervensi medis yang cepat dan tepat</p> <p>m. Penggunaan persepsi sendiri/perilaku untuk menghilangkan nyeri dapat membantu pasien mengatasinya lebih efektif</p>
3	Resiko infeksi b.d kerusakan jaringan sebagai efek skunder dari prosedur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan:	<p>a. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain</p> <p>b. Gunakan sabun</p>	<p>a. Untuk meningkatkan pemulihan dan mencegah komplikasi</p> <p>b. Untuk mencegah</p>

<p>pembedahan Definisi : Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik</p>	<p>a. Luka tidak mengeluarkan pus b. Luka kering c. Luka tidak mengeluarkan darah d. Warna luka tidak merah e. Jumlah leukosit dalam batas normal</p>	<p>antimikrobia untuk cuci tangan c. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan d. Gunakan sarung tangan sebagai alat pelindung e. Batasi pengunjung bila perlu f. Monitor tanda dan gejala infeksi g. Pertahankan teknik aseptis h. Inspeksi kulit dan membrane mukosa terhadap kemerahan dan drainase i. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum j. Berikan terapi antibiotic bila perlu</p>	<p>terjadinya infeksi c. Untuk mencegah terjadinya infeksi d. Untuk meminimalkan penyebaran infeksi e. Untuk meminimalkan penyebaran infeksi f. Untuk mendeteksi tanda awal bahaya pada klien g. Teknik steril membantu untuk mencegah infeksi bakteri h. Untuk mendeteksi tanda awal bahaya pada pasien i. Membatasi sumber infeksi, dimana dapat menimbulkan sepsis pada pasien j. Untuk meningkatkan pemulihan dan mencegah komplikasi</p>
<p>4 Resiko perdarahan trauma samping pembedahan Definisi: Beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan: a. Tidak ada hematuria dan hematemesis b. Kehilangan darah yang terlihat c. Tekanan darah dalam batas normal sistol dan diastol d. Tidak ada perdarahan pervagina e. Tidak ada distensi abdominal f. Hemoglobin dan hematocrit dalam batas normal</p>	<p>a. Monitor ketat tanda-tanda perdarahan b. Catat Hb dan Ht c. Monitor nilai lab d. Monitor TTV</p>	<p>a. Simtomatologi dapat berguna dalam mengukur berat/lamanya episode perdarahan. Memburuknya gejala dapat menunjukkan berlanjutnya perdarahan atau tidak adekuatnya pennggantian cairan b. Alat untuk menentukan kebutuhan penggantian darah dan mengawasi keefektifan terapi c. Alat untuk menentukan kebutuhan penggantian darah dan mengawasi keefektifan terapi d. Perubahan TD dan</p>

				nadi dapat digunakan untuk perkiraan kasar kehilangan darah
			e. Kolaborasi dalam pemberian produk darah	e. Penggantian cairan tergantung pada derajat hypovolemia dan lamanya perdarahan
			f. Lindungi pasien dari trauma	f. Trauma dapat mencetuskan perdarahan lanjut
			g. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K	g. Meningkatkan sintesis hepatic factor koagulasi untuk mendukung pembekuan
			h. Monitor trend tekanan darah dan parameter hemodinamik (CVP, pulmonary capillarity/artery wedge pressure)	h. Menunjukkan volume sirkulasi dan respon jantung terhadap perdarahan dan penggantian cairan
			i. Monitor status cairan yang meliputi intake dan output	i. Memberikan pedoman untuk penggantian cairan
			j. Monitor ukuran dan karakteristik hematoma	j. Pembengkakan local mungkin mengindikasikan formasi hematoma perdarahan
5	Retensi urine Definisi: Pengosongan kandung kemih tidak komplit Batasan karakteristik: a. Tidak ada haluaran urine b. Distensi kandung kemih c. Menetes d. Disuria e. Sering berkemih f. Inkontinesia alirah berlebih g. Residu urine h. Sensasi kandung	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan: a. Kandung kemih kosong secara penuh b. Tidak ada residu urine >100-200 cc c. Bebas dari ISK d. Tidak ada spasme bladder e. Balance cairan seimbang	a. Dorong pasien untuk berkemih tiap2-4 jam dan bila tiba-tiba dirasakan. b. Tanyakan pasien tentang inkontinensia stres. c. Observasi aliran urin, perhatikan ukuran dan kekuatan d. Awasi dan catat waktu dan jumlah tiap berkemih. e. Perkusi/palpasi area suprapubik.	a. Meminimalkan retensi urin distensi berlebihan pada kandung kemih. b. Tekanan ureteral tinggi menghambat pengosongan kandung kemih. c. Berguna untuk mengevaluasi obsrtuksi dan pilihan intervensi. d. Retensi urin meningkatkan tekanan dalam saluran perkemihan atas. e. Distensi kandung kemih dapat dirasakan diarea suprapubik.

	kemih penuh i. Berkemih sedikit		f. Dorong pasien untuk berkemih bilaterasa adanya dorongan. g. Dorong masukan cairan sampai 3000 ml/hari. h. Awasi tanda-tanda vital.	f. Berkemih dengan dorongan mencegah retensi urine. g. Peningkatan aliran cairan mempertahankan perfusi ginjal dan membersihkan ginjal dan kandung kemih dari pertumbuhan bakteri. h. Kehilangan fungsi ginjal mengakibatkan penurunan eliminasi cairan dan akumulasi sisa toksik
6	Ansietas b.d perasaan takut terhadap tindakan pembedahan Definisi: Perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai dengan respon autonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu) perasaan takut yang diakibatkan oleh antisipasi terhadap bahasa Batasan karakteristik: a. Penurunan produktivitas b. Gerakan yang irelevan c. Gelisah d. Melihat sepintas e. Insomnia f. Mengekspresikan kekhawatiran karena perubahan dalam peristiwa hidup	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan: a. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas b. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas c. Vital sign dalam batas normal d. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan	a. Gunakan pendekatan yang menenangkan b. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pasien c. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur d. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut e. Identifikasi tingkat kecemasan f. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan	a. Membantu memenuhi kebutuhan dasar manusia, penurunan rasa terisolasi dan membantu pasien untuk mengurangi perasaan kuatir b. Seringkali pernyataan perasaan akan mempermudah pasien untuk menghadapi situasi dengan lebih baik c. Informasi menurunkan cemas, dan rangsangan simpatis d. Dukungan yang terus menerus mungkin membantu pasien memperoleh kembali control focus internal dan mengurangi ansietas e. Tanpa memperhatikan realitas situasi, persepsi akan mempengaruhi bagaimana setiap individu menghadapi penyakit/stress f. Identifikasi masalah spesifik akan meningkatkan kemampuan individu untuk menghadapinya

g. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi	g. Perasaan adalah nyata dan membantu pasien untuk terbuka sehingga dapat mendiskusikan dan menghadapinya
h. Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi	h. Memfokuskan kembali perhatian, meningkatkan relaksasi, dan dapat meningkatkan kemampuan coping

2.3.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan keperawatan merupakan kegiatan yang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Selama pelaksanaan kegiatan dapat bersifat mandiri dan kolaboratif. Selama melaksanakan kegiatan perlu diawasi dan dimonitor kemajuan kesehatan klien. (Judha & Nazwar,2011)

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi adalah respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

Ada 2 macam evaluasi :

a. Evaluasi Formatif

Adalah evaluasi yang dilakukan pada setiap akhir pembahasan suatu pokok bahasan/topik, dan dimaksudkan untuk mengetahui sejauh manakah suatu proses telah berjalan sebagaimana yang direncanakan.

b. Evaluasi Sumatif

Adalah evaluasi yang dilakukan pada setiap akhir satu satuan waktu yang didalamnya tercakup lebih dari satu pokok bahasan.

2.4 Relaksasi Benson

Pada penderita *post* open prostatektomi biasanya masalah keperawatan yang sering muncul adalah nyeri. Nyeri terjadi bersama proses penyakit, pemeriksaan diagnostik dan proses pengobatan. Nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan bagi sebagian orang. Nyeri seringkali dikaitkan dengan kerusakan pada tubuh yang merupakan peringatan terhadap adanya ancaman yang bersifat aktual atau potensial. Relaksasi Benson merupakan salah satu metode yang paling efektif untuk mengurangi nyeri. Hal tersebut dibuktikan dengan jurnal yang dipakai peneliti untuk sebagai dasar tindakan relaksasi benson yang akan dilakukan, adapun uraian dari jurnal tersebut adalah sebagai berikut :

- A. Jurnal pertama adalah penelitian oleh Putu Indah Sintya Dewi dan Ni Made Dwi Yunica Astriani yang berjudul “Pengaruh Terapi Relaksasi Benson Terhadap Intensitas Nyeri Pasien *Post* Operasi *Benigna Prostat Hyperplasia*”
- B. Jurnal kedua adalah penelitian oleh Sueb & Cecep triwibowo yang berjudul “Relaksasi Benson Dapat Menurunkan Nyeri Paska Trans-Urethra l Resection Of The Prostate (TURP)”