



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN POST  
TRANSSURETHRAL RESECTION OF THE *PROSTATE*  
DI RUANGAN YOSEP 6 RUMAH SAKIT  
STELLA MARIS MAKASSAR**

**OLEH:**

**MARDIANA SYAHRUL (NS2314901080)**

**MARIA KRISNIANTI PAKANNA (NS2314901081)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
STELLA MARIS MAKASSAR  
2024**



**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN POST  
TRANSSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE  
DI RUANGAN YOSEP 6 RUMAH SAKIT  
STELLA MARIS MAKASSAR**

**OLEH:**

**MARDIANA SYAHRUL (NS2314901080)**

**MARIA KRISNIANTI PAKANNA (NS2314901081)**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
STELLA MARIS MAKASSAR  
2024**

## PERNYATAAN ORSINALITAS

**Yang bertanda tangan dibawah ini, nama:**

1. Mardiana Syahrul (NIM NS2314901080)
2. Maria Krisnianti Pakanna (NIM NS2314901081)

Menyatakan dengan sungguh bahwa Karya Ilmiah Akhir ini hasil karya sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil Karya Ilmiah orang lain.

Dengan demikian pernyataan ini yang kami buat sebenar-benarnya.

Makassar, 07 Juli 2024

Yang menyatakan,



Mardiana Syahrul



Maria Krisnianti Pakanna

**HALAMAN PERSETUJUAN  
KARYA ILMIAH AKHIR**

Karya Ilmiah Akhir dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Post *Transsurethral Resection Of The Prostate* Di Ruang Yoseph 6 Rumah Sakit Stella Maris Makassar" telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji

Diajukan oleh:

Nama Mahasiswa/NIM :1. Mardiana Syahrul (NIM NS2314901080)  
2. Maria Krisnianti Pakanna (NIM NS2314901081)

**Disetujui oleh:**

Pembimbing I



(Fitriyanti Patarru', Ns., M.Kep)

NIDN: 0907049202

Pembimbing II

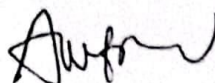


(Rosmina Situnqkir, SKM.,Ns., M.Kes)

NIDN: 0925117501

**Disetujui,**

**Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerjasama  
STIK Stella Maris Makassar**



(Fransiska Anita E.R.S. , Ns.,M.Kep.Sp.Kep.MB.,PhDNS)

NIDN:0913098201

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh:


Nama : 1. Mardiana Syahrul (NIM NS2314901080)  
2. Maria Krisnianti Pakanna (NIM NS2314901081)

Program Studi : Profesi Ners


Judul Karya Ilmiah Akhir : "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Post  
*Transsurethral Resection Of The Prostate* Di  
Ruangan Yoseph 6 Rumah Sakit Stella Maris  
Makassar"

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji :

### DEWAN PEMBIMBING DAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Fitriyanti Patarru', Ns.,M.Kep (  )

Pembimbing 2 : Rosmina Situngkir, SKM.,Ns., M.Kes (  )

Penguji 1 : Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB.,PhDNS (  )

Penguji 2 : Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep (  )

Ditetapkan di : Makassar

Tanggal : 07 Juni 2024

Mengetahui,

Ketua BUK Stella Maris Makassar  
  
Siprianus Abdu, S.Si S.Kep., Ns, M.Kes  
NIDN: 0928027101

## PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : 1. Mardiana Syahrul (NIM NS2314901080)  
2. Maria Krisnianti Pakanna (NIM NS2314901081)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepala Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih informasi/formatkan, merawat dan mempublikasikan Karya Ilmiah Akhir ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 07 Juni 2024

Yang Menyatakan



Mardiana Syahrul



Maria Krisnianti Pakanna

## KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas penyertaanNya, penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan judul: “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Post TURP Benigna Prostat Hyperplasia Di Ruang Yoseph 6 Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Penulisan Karya Ilmiah Akhir ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu tugas akhir bagi kelulusan mahasiswa/mahasiswi STIK Stella Maris Makassar Program Studi Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa kelancaran dan keberhasilan penyusunan karya ilmiah akhir ini telah melibatkan banyak pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada semua pihak yang telah membantu, mendukung dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini, terutama kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah banyak memberikan masukan, pengetahuan serta motivasi untuk menyusun karya ilmiah akhir ini.
2. Fransiska Anita E.R.S., Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.MB.,PhDNS selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan penguji I yang telah memberikan saran dan banyak masukan kepada penulis saat penyusunan karya ilmiah akhir.
3. Mery Sambo, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Ners STIK Stella Maris Makassar.
4. Fitriyanti Patarru', Ns.,M.Kep selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan dengan sangat baik selama proses menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
5. Rosmina Situngkir, SKM.,Ns., M.Kes selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan dengan sangat baik selama proses menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.

6. Fransisco Irwandy, Ns., M.Kep selaku penguji II yang telah memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan karya ilmiah akhir ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen beserta seluruh Staf Pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik, dan memberi pengarahan selama menempuh pendidikan.
8. Teristimewa kepada kedua orang tua tercinta dari penulis, serta keluarga yang selalu mendoakan, memberikan dukungan, semangat, nasehat, dan yang memberikan bantuan baik secara moril dan material sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
9. Seluruh teman-teman seangkatan yang telah banyak mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini. Sukses buat kita semua.

Akhir kata, penulis berharap semoga karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan. Penulis menyadari bahwa, karya ilmiah akhir ini memiliki banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan karya tulis akhir ini.

Makassar, 07 Juni 2024

Penulis



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>PERNYATAAN ORSINALITAS</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI</b> .....	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A.Latar Belakang.....	1
B.Tujuan Penulisan .....	4
1.Tujuan Umum .....	4
2. Tujuan Khusus .....	4
C.Manfaat Penulisan .....	4
1. Bagi Rumah Sakit .....	4
2. Bagi Profesi Keperawatan.....	4
3. Bagi Institusi Pendidikan .....	4
D.Metode Penulisan .....	5
E.Sistematika Penulisan.....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>7</b>
A.Konsep Dasar .....	7
1. Pengertian.....	7
2. Anatomi fisiologis .....	8
3. Klasifikasi.....	12
4. Etiologi .....	12
5. Patofisiologi.....	15
6. Manifestasi Klinis .....	18
7. Pemeriksaan Diagnostik.....	18
8. Penatalaksanaan Medik.....	19
9. Komplikasi.....	20
10.Patoflowdiagram .....	23

B.Konsep Dasar Keperawatan .....	31
1. Pengkajian .....	31
2. Diagnosa Keperawatan .....	34
3. Luaran dan Rencana tindakan keperawatan .....	35
4. Perencanaan pulang ( <i>Discharge planning</i> ).....	42
<b>BAB III PENGAMATAN KASUS .....</b>	<b>44</b>
A.Illustrasi Kasus .....	44
B.Pengkajian .....	45
C.Analisa Data .....	71
D.Diagnosa Keperawatan.....	73
E.Intervensi Keperawatan .....	74
F.Implementasi Keperawatan dan Evaluasi.....	77
<b>BAB IV PEMBAHASAN KASUS.....</b>	<b>105</b>
A.Pembahasan Askep .....	105
1. Pengkajian .....	105
2. Diagnosis keperawatan .....	107
3. Intervensi Keperawatan.....	109
4. Implementasi Keperawatan .....	110
5. Evaluasi .....	111
B.Pembahasan Penerapan EBN .....	112
<b>BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>119</b>
A.Simpulan.....	119
1. Pengkajian .....	119
2. Diagnosa Keperawatan .....	119
3. Intervensi Keperawatan.....	120
4. Implementasi Keperawatan .....	121
5. Evaluasi Keperawatan.....	122
6. Penerapan EBN .....	122
B.Saran .....	123
1. Bagi Instansi Rumah Sakit.....	123
2. Bagi Institusi Pendidikan .....	123
3. Bagi Profesi Keperawatan.....	123
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Benigna Prostatic Hyperplasia</i> .....	8
---	---

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Penunjang .....	63
Tabel 3.2 Analisa Data.....	71
Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan.....	73
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan .....	74
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan.....	77
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan .....	77
Tabel 3.7 Analisa jurnal menggunakan metode PICOT .....	115

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 Satuan acara penyuluhan
- Lampiran 2 Leaflet Pemberian Teknik Relaksasi Benson
- Lampiran 3 Lembar Konsul
- Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

*Benigna Prostat Hyperplasia* (BPH) merupakan penyakit yang disebabkan oleh penuaan yang biasanya muncul pada lebih dari 50% laki-laki yang berusia 50 tahun ke atas (Azizah, 2023). BPH adalah pertumbuhan yang tidak ganas pada stroma dan kelenjar epitel prostat yang menyebabkan pembesaran kelenjar prostat. BPH memicu tumbuhnya *nonmalignant* atau hiperplasia jaringan prostat dan menyebabkan gejala obstruksi yang sering terjadi seperti retensi urin (urin tertahan dikandung kemih sehingga urin tidak bisa keluar), gejala iritasi meliputi nokturia, urgensi (perasaan ingin BAK yang sangat mendesak dan disuria (nyeri pada saat BAK) (Nurarif et al., 2022).

BPH terjadi karena pembesaran dari kelenjar prostat akibat hiperplasia jinak dari sel-sel sehingga dapat menyebabkan obstruksi saluran kemih, dari obstruksi ini akan memberikan respon nyeri saat buang air kecil dan dapat menyebabkan komplikasi seperti gagal ginjal akibat aliran balik, serta dapat menyebabkan radang perut (peritonitis) yang bisa mengakibatkan infeksi pada kandung kemih jika tidak segera untuk ditangani (Viantri, 2023).

Menurut *Global Cancer Observatory* (2018), sekitar 1.276.106 kasus BPH dilaporkan di seluruh dunia pada tahun 2018 dengan prevalensi lebih tinggi di negara maju (Mulyadi et al., 2020). Tahun 2020 di Indonesia terdapat 9,2 juta kasus BPH, diantaranya diderita oleh pria berusia diatas 60 tahun (Riskesdas, 2020). Berdasarkan data Rekam Medik Rumah Sakit Stella Maris Makassar kunjungan pada Januari 2023 sampai Juni 2024 yang menjalani operasi karena penyakit BPH sebanyak 275 pasien dan yang menjalani pengobatan sebanyak 152 pasien.

Peningkatan kejadian BPH ini bisa disebabkan karena adanya faktor usia dimana usia menjadi faktor terkuat menjadi penyebab *Benign Prostat Hyperplasia* (BPH), seiring dengan bertambahnya usia, prostat cenderung mengalami pertumbuhan yang lambat dan terus membesar seiring waktu sehingga dapat mengakibatkan terjadinya BPH (Gustikasari et al., 2020). Maka dari itu perlu tindakan yang dilakukan untuk mengatasi terjadinya BPH yaitu dengan tindakan pembedahan yang disebut dengan tindakan *Transsurethral Resection Of The Prostate* (TURP).

Prosedur pembedahan ini dilakukan dengan cara memasukan *resektoskopi* melalui uretra untuk mengeksisi dan mereseksi kelenjar prostat yang mengalami obstruksi. Tindakan ini dilakukan jika prostat terlalu besar dan diikuti oleh penyakit penyerta lainnya, seperti tumor vesika urinaria dan vesikolithiasis. Pada umumnya, TURP memiliki efektivitas dalam perbaikan gejala BPH yang mencapai 90% sehingga metode ini merupakan salah satu tatalaksana paling efektif untuk mengatasi BPH (Sutanto, 2021).

Tindakan pembedahan tersebut dapat menimbulkan luka bedah yang berakibat menimbulkan nyeri pada luka operasi. Penatalaksanaan nyeri setelah operasi yang tidak tepat dan akurat dapat memicu respon stress seperti pasien akan gelisah dan sulit untuk tidur karena nyeri yang dirasakan. Sehingga perlu dilakukan manajemen nyeri untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien. Berkaitan dengan hal tersebut tindakan perawat secara mandiri yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri pada pasien BPH post op TURP yaitu dengan pemberian terapi relaksasi benson, dimana teknik relaksasi benson merupakan gabungan dari teknik relaksasi napas dalam dengan keyakinan seseorang yang difokuskan pada ungkapan tertentu seperti kata-kata yang bermakna atau yang dipercaya sehingga dapat menenangkan individu itu sendiri, ungkapan tersebut diucapkan berulang-ulang dengan irama yang teratur (Azizah, 2023).

Pada pasien post op BPH perlu juga dilakukan pemantauan cairan seperti cairan infus atau spooling untuk membantu pengeluaran urin dan dapat memantau ada tidaknya pendarahan dan mencegah terjadinya sumbatan yang dapat terjadi karena adanya gumpalan darah setelah post op. Upaya rehabilitatif yang diperlukan agar klien mampu beraktivitas kembali dalam memenuhi kebutuhan sehari-harinya seperti pada pola eliminasi mengajarkan pasien tentang bladder training untuk melatih kandung kemih, serta mencegah terjadinya distensi kandung kemih dengan cara menganjurkan pasien dan keluarga untuk melakukan kontrol rutin ke poli klinik urologi.

Menurut penelitian yang telah dilakukan oleh Viantri (2023) di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang setelah dilakukan pemberian teknik relaksasi benson pada 2 pasien, yang dilakukan sebanyak 2x pertemuan setiap pertemuan terdiri dari 2 sesi yaitu sesi pagi dan sesi sore, didapatkan pada pasien I nyeri yang dirasakan pasien dari skala 5 (nyeri sedang) menjadi skala 1 (nyeri ringan), dan pada pasien II dari skala nyeri 6 (nyeri sedang) menjadi skala 2 (nyeri ringan). Pada penelitian yang dilakukan oleh Lina (2023) tentang "Relaksasi Benson terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pasien *Benigna Prostat Hiperplasia* (BPH) dengan Riwayat Post *Transurethral Resection Of The Proste* (TURP)" hasil penelitian menyatakan Relaksasi Benson efektif dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien pasca operasi *Transurethral Resection Of The Proste* di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk menerapkan "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Post TURP *Benigna Prostat* di Rumah Sakit Stella Maris Makassar".



## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Dapat memberikan Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn.S dengan Post TURP *Benigna Prostatic Hyperplasia* (BPH) di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien Tn.S
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Tn.S
- c. Menyusun rencana keperawatan pada pasien Tn.S dengan Post TURP *Benigna Prostat Hyperplasia* (BPH)
- d. Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien Tn.S
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Tn.S dengan Post TURP *Benigna Prostat Hyperplasia* (BPH)

## **C. Manfaat Penulisan**

Dalam penulisan karya ilmiah akhir ini, diharapkan agar dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

### **1. Bagi Rumah Sakit**

Sebagai pedoman atau acuan dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi pasien khususnya untuk pasien Post TURP BPH.

### **2. Bagi Profesi Keperawatan**

Mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar dapat meningkatkan pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan Post TURP BPH.

### **3. Bagi Institusi Pendidikan**

Menjadi sumber informasi/bacaan dan rujukan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Post TURP BPH.

#### **D. Metode Penulisan**

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, untuk memperoleh data yang diperlukan maka penulis menggunakan beberapa metode yaitu:

##### **1. Studi Kepustakaan**

Dalam metode ini penulis memperoleh informasi-informasi terbaru dari internet, buku, jurnal dengan berbagai situs dan materi dari literatur-literatur di perpustakaan.

##### **2. Studi Kasus**

Studi kasus merupakan suatu pendekatan pada proses keperawatan yang komprehensif yaitu melalui:

- a. Wawancara dengan pasien, perawat serta dengan berbagai pihak yang bersangkutan seperti: istri dan anak pasien.
- b. Observasi yaitu pengamatan langsung dengan mengikuti tindakan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.
- c. Pemeriksaan fisik dengan melakukan pemeriksaan langsung pada pasien melalui inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi
- d. Melakukan diskusi dengan teman-teman, dosen pembimbing atau pun dengan perawat yang ada di rumah sakit.
- e. Mendapatkan data dari hasil pendokumentasian seperti catatan rekam medik yang ada di rumah sakit.
- f. Internet dengan membaca situs seperti jurnal yang berkaitan dengan penulisan karya tulis ilmiah ini.

#### **E. Sistematika Penulisan**

Penulisan karya ilmiah ini disusun secara sistematis yang dimulai dari penyusunan BAB I (Pendahuluan) yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, secara spesifik tujuan penulisan karya tulis ilmiah baik umum maupun khusus, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Penyusunan BAB II (Tinjauan Teoritis) yang terdiri dari berbagai topik yaitu konsep dasar medik yang terdiri dari pengertian, anatomi fisiologi,

etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, tes diagnostik, penatalaksanaan medik dan komplikasi. Kemudian konsep dasar keperawatan yang ditulis secara teori yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan dan rencana pulang. Setelah itu pada akhir bab ini dibuat satu patoflowdiagram. Pada BAB III (Pengamatan Kasus) terdiri dari ilustrasi kasus, setelah itu pengkajian data dari pasien, analisa data, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi atau pelaksanaan keperawatan dan evaluasi. Untuk BAB IV (Pembahasan Kasus) berisi tentang pembahasan kesenjangan yang dapat dibandingkan melalui teori dengan pengamatan kasus pasien yang dirawat serta pembahasan EBN (pada tindakan keperawatan). Dalam bab ini dikelompokkan berdasarkan proses keperawatan, pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Penyusunan BAB V (Penutup) akhir dari semua bab terdiri dari uraian kesimpulan dari hal-hal yang telah dibahas dan saran bagi pihak-pihak yang terkait dari penyusunan karya tulis ilmiah ini dan daftar pustaka.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Dasar

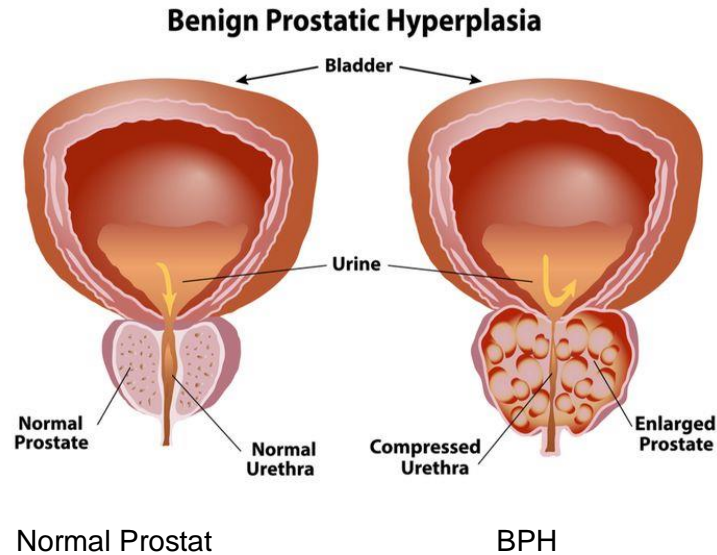
##### 1. Pengertian

*Benign prostatic hyperplasia* (BPH) merupakan kelainan yang terjadi pada kelenjar prostat berupa kelainan histologis mengacu pada proliferasi sel prostat. Hasil proliferasi tersebut mengakibatkan sel menumpuk dan menyebabkan pembesaran pada volume prostat (Nirfandi et al., 2023). *Benigna Prostat Hyperplasia* (BPH) merupakan suatu penyakit pembesaran atau hipertrofi dari prostat. BPH merupakan pembesaran ukuran sel (kualitas) dan diikuti oleh penambahan jumlah sel (kuantitas). Pembesaran pada prostat seringkali menyebabkan gangguan dalam eliminasi urin, khususnya yang cenderung kearah depan atau menekan kandung kemih (vesikaurinaria) (Nurarif et al., 2022).

*Benign prostatic hyperplasia* adalah kondisi di mana prostat mengalami pembesaran yang tidak bersifat kanker dan cenderung semakin membesar seiring bertambahnya usia. Kondisi ini umumnya mempengaruhi pria lanjut usia (Gustikasari et al., 2020). *Benign prostatic hyperplasia* adalah kondisi di mana kelenjar prostat mengalami pembesaran karena adanya proliferasi sel sel prostat. Namun, *Benign prostatic hyperplasia* bisa menunjukkan gejala yang nyata (simptomatik) atau tidak menunjukkan gejala (asimptomatik) (Fauziya et al., 2021).

Berdasarkan dari beberapa sumber diatas, maka penulis dapat menyimpulkan bahwa *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) adalah pembesaran jinak kelenjar prostat akibat hiperplasi jaringan fibromuskuler yang menyebabkan penyumbatan pada uretra sehingga menghambat aliran urine dari kandung kemih.

## 2. Anatomi fisiologis



Gambar 2.1 *Benigna Prostatic Hyperplasia* (Kemenkes, 2022)

### a. Anatomi Kelenjar Prostat

Prostat adalah organ genitalia pria yang terletak di bawah dari buli-buli, didepan rektum dan membungkus uretra posterior. Bentuknya seperti buah kemiri dengan ukuran 4 x 3 x 2,5 cm dan beratnya kurang lebih 20 gram. Kelenjar prostat terletak dibawah kandung kemih, mengelilingi uretra posterior dan disebelah proksimalnya berhubungan dengan buli-buli, sedangkan bagian distalnya kelenjar prostat ini menempel pada diafragma urogenital yang sering disebut sebagai otot dasar panggul, prostat dibagi atas: Zona Perifer (PZ), Zona Central (CZ), Zona Transisional (TZ), segmen anterior dan zona spingter preprostat. Perbedaan zona ini mempengaruhi jenis lesi pada prostat. hiperplasia paling sering terjadi dizona transisional sedangkan keganasan lebih sering terjadi dizona perifer. Kelenjar ini mengelilingi uretra dan dipotong melintang oleh dua duktus

ejakulatorius, yang merupakan kelanjutan dari vas deferens. Pada bagian anterior difiksasi oleh ligamentum puboprostatikum dan sebelah inferior oleh diafragma urogenital. Pada prostat bagian posterior bermuara duktus ejakulatoris yang berjalan miring dan berakhir pada verumontanum pada dasar uretra prostatika tepat proksimal dan sfingter uretra eksterna secara embriologi, prostat berasal dari lima evaginasi epitel uretra posterior. Suplai darah prostat diperdarahi oleh arteri vesikalis inferior dan masuk pada sisi posterior lateralis lever vesika (Diana et al., 2020).

## b. Fisiologi Kelenjar Prostat

### 1) Vesikel Seminalis

Vesikula seminalis adalah kantong yang berkelok-kelok dan berada sepanjang duktus ejakulator. Vesikula seminalis menghasilkan sekret berupa cairan kental dan basa yang kaya akan fruktosa. Fruktosa ini berfungsi untuk memberi nutrisi dan energi bagi sperma yang membantu melindungi dan mempertahankan kehidupan sperma selama perjalanan menuju sel telur. Selain itu, sekresi vesikula seminalis juga berperan dalam meningkatkan pH ejakulat menjadi lebih basa, yang membantu mengatasi lingkungan asam di vagina dan mempertahankan viabilitas sperma. Kandungan prostaglandin dalam sekresi ini juga berperan dalam mempengaruhi gerakan sperma menjadi lebih cepat, sehingga memungkinkan sperma mencapai tuba falopi lebih cepat dan meningkatkan kemungkinan pembuahan. Sekitar setengah atau lebih dari volume total semen yang diejakulasi berasal dari sekresi vesikula seminalis.

Selain sekresi dari vesikula seminalis, semen juga mengandung kontribusi dari kelenjar prostat dan kelenjar Cowper (bulbourethral) yang semuanya berperan dalam menyusun semen yang memadai untuk proses reproduksi.

Cairan semen adalah cairan tempat berenangya spermatozoa (sperma). Cairan ini berperan penting dalam memberikan nutrisi kepada sperma dan membantu meningkatkan motilitas atau kemampuan bergerak sperma. Setelah berjalan dari vesikula seminalis dan duktus ejakulatorius ke uretra, cairan semen ditambahkan dengan sekresi dari kelenjar prostat dan kelenjar bulbourethralis (glandula bulbourethralis atau kelenjar Cowper). Akhirnya, cairan semen ini diejakulasi atau dikeluarkan selama rangsangan seksual saat terjadi ejakulasi.

Sekresi prostat adalah komponen paling besar dari cairan semen, dan berkontribusi dalam menciptakan lingkungan yang mendukung kelangsungan hidup dan pergerakan sperma. Bersama-sama dengan sekresi dari vesikula seminalis dan kelenjar bulbourethralis, cairan semen menyusun campuran yang kaya akan zat-zat yang mendukung proses reproduksi dan membantu sperma dalam mencapai sel telur untuk proses pembuahan (Andayani et al., 2021).

## 2) Kelenjar prostat

Prostat adalah kelenjar seksual pada pria yang memiliki bentuk kerucut dengan panjang sekitar 4 cm, lebar 3 cm, dan ketebalan 2 cm. Beratnya kira-kira sekitar 8 gram. Letaknya mengelilingi bagian atas uretra dan berada dalam hubungan langsung dengan leher kandung kemih atau cervix vesicae urinaria. Struktur prostat terdiri dari jaringan kelenjar dan serabut-serabut otot involunter yang membantu dalam proses ejakulasi. Kelenjar prostat menghasilkan sebagian besar cairan semen yang berperan dalam memberikan nutrisi dan mendukung pergerakan sperma. Otot-otot involunter membantu dalam proses ejakulasi dan mengatur aliran urin. Prostat dibungkus oleh kapsul fibrosa, yaitu lapisan jaringan ikat yang melindungi dan mengelilingi organ ini. Bersama dengan kelenjar

prostat dan bagian lain dari sistem reproduksi pria, prostat berperan penting dalam proses reproduksi dan ejakulasi (Andayani et al., 2021).

### 3) Glandula Bulbourethralis (Cowper)

Kelenjar bulbourethral atau kelenjar Cowper adalah sepasang kelenjar kecil yang terletak di bawah prostat pada pria. Kelenjar ini memiliki ukuran dan bentuk yang menyerupai kacang polong. Fungsi utama dari kelenjar Cowper adalah untuk mensekresi cairan basa yang mengandung mucus ke dalam uretra penis. Cairan ini berfungsi untuk melumasi uretra, melindungi uretra dari iritasi akibat kandungan asam dalam urin, serta membantu membersihkan uretra dari sisa urin yang mungkin masih tertinggal sebelum ejakulasi.

Selain itu, saat terjadi ejakulasi, cairan dari kelenjar Cowper juga ditambahkan ke dalam semen (campuran sperma dan cairan seminalis dari kelenjar prostat dan vesikula seminalis). Cairan dari kelenjar Cowper yang bersifat basa membantu menetralkan lingkungan asam di uretra dan vagina, sehingga meningkatkan kelangsungan hidup sperma selama perjalanan menuju sel telur. Secara keseluruhan, kelenjar Cowper berperan penting dalam menyediakan lingkungan yang sesuai untuk sperma dan memfasilitasi proses reproduksi pada pria (Fauziya et al., 2021).

Prostat terdiri dari jaringan kelenjar, jaringan stroma (penyangga) dan kapsul. Cairan yang dihasilkan kelenjar prostat bersama cairan dari vesikula seminalis dan kelenjar cowper merupakan komponen terbesar dari seluruh cairan semen. Bahan yang terdapat dalam cairan semen sangat penting dalam menunjang fertilitas, memberikan lingkungan yang nyaman dan nutrisi bagi spermatozoa serta proteksi terhadap invasi mikroba. Kelainan pada prostat yang dapat mengganggu proses



reproduksi adalah peradangan (prostatitis). Kelainan yang lain seperti pertumbuhan yang abnormal (tumor) baik jinak maupun ganas tidak memegang peranan penting pada proses reproduksi tetapi lebih berperan pada terjadinya gangguan aliran urin. Kelainan yang disebut belakangan ini manifestasinya biasanya pada laki-laki usia lanjut (Nurarif et al., 2022).

### 3. Klasifikasi

Menurut Viantri (2023) BPH terbagi dalam 4 derajat, yaitu:

- a. Derajat I, ditemukan penonjolan prostat 1-2 cm, sisa urin kurang dari 50 cc, pancaran lemah, nokturia, berat  $\pm$  20 gram. Derajat I biasanya belum memerlukan tindakan pembedahan, namun diberikan pengobatan konservatif.
- b. Derajat II, keluhan miksi terasa panas, disuria, nokturia bertambah berat, suhu badan tinggi (menggigil), nyeri daerah pinggang, prostat lebih menonjol, batas atas masih teraba, sisa urin 50-100 cc dan beratnya  $\pm$  20-40 gram. Derajat II merupakan indikasi untuk melakukan tindakan pembedahan.
- c. Derajat III, gangguan lebih berat dari derajat dua, batas sudah tidak teraba, sisa urin lebih 100 cc, penonjolan prostat 3-4 cm dan beratnya 40 gram.
- d. Derajat IV, inkontinensia, prostat lebih dari 4 cm, beberapa penyulit ke ginjal seperti gagal ginjal, hidronefrosis.

### 4. Etiologi

Penyebab terjadinya *Benign Prostat Hyperplasia* (BPH), belum sepenuhnya diketahui, tetapi faktor usia merupakan faktor terkuat penyebab Benign Prostat Hyperplasia (BPH) (Gustikasari et al., 2020). *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) adalah kondisi pembesaran kelenjar prostat yang tidak bersifat kanker dan umumnya terjadi pada pria setengah umur atau lebih tua. Meskipun

penyebab pasti BPH belum sepenuhnya dipahami, ada beberapa hipotesis yang mencoba menjelaskan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap perkembangannya yaitu:

a. Hormonal

Salah satu hipotesis utama adalah hubungan antara hormon dihidrotestosteron (DHT) dengan perkembangan BPH. DHT merupakan bentuk aktif dari hormon testosteron, dan kelebihan DHT dalam prostat dapat menyebabkan pertumbuhan berlebihan pada kelenjar prostat. Kadar DHT yang tinggi dipercaya berperan dalam merangsang proliferasi sel-sel prostat, sehingga menyebabkan pembesaran prostat.

b. Penuaan (*Aging*)

Proses penuaan juga dianggap berperan dalam perkembangan BPH. Seiring dengan bertambahnya usia, prostat cenderung mengalami pertumbuhan yang lambat dan terus membesar seiring waktu. Penuaan juga dapat mempengaruhi hormon dalam tubuh, termasuk DHT, yang berkontribusi terhadap perkembangan BPH. DHT inilah yang secara langsung memacu m-RNA di dalam sel-sel kelenjar prostat untuk mensintesis protein sehingga mengakibatkan kelenjar prostat mengalami hiperplasia yang akan meluas menuju kandung kemih sehingga mempersempit saluran uretra prostatika dan penyumbatan aliran urine. Kadar hormon testosteron yang tinggi berhubungan dengan peningkatan risiko BPH. Testosteron akan diubah menjadi androgen yang lebih poten yaitu DHT oleh enzim  $5\alpha$ -reductase, yang memegang peran penting dalam proses pertumbuhan sel-sel prostat. Pada usia tua terjadi kelemahan umum termasuk kelemahan pada buli (otot detrusor) dan penurunan fungsi persarafan. Perubahan karena pengaruh usia tua juga menurunkan kemampuan buli-buli dalam mempertahankan aliran urin pada proses adaptasi oleh adanya

obstruksi karena pembesaran prostat, sehingga menimbulkan gejala BPH

c. Faktor genetik

Ada bukti yang menunjukkan bahwa faktor genetik berperan dalam risiko seseorang mengalami BPH. Jika ada riwayat keluarga yang memiliki BPH, risiko seseorang untuk mengalami kondisi ini dapat meningkat.

d. Peradangan

Beberapa penelitian juga menunjukkan adanya peran inflamasi atau peradangan dalam perkembangan BPH. Peradangan pada prostat dapat mempengaruhi pertumbuhan sel-sel prostat dan berkontribusi pada pembesaran prostat.

e. Obesitas

Obesitas akan membuat gangguan pada prostat dan kemampuan seksual, tipe bentuk tubuh yang mengganggu prostat adalah tipe bentuk tubuh yang membesar di bagian pinggang dengan perut buncit, seperti buah apel. Beban di perut itulah yang menekan otot organ seksual, sehingga lama-lama organ seksual kehilangan kelenturannya, selain itu deposit lemak berlebihan juga akan mengganggu kinerja testis. Pada obesitas terjadi peningkatan kadar estrogen yang berpengaruh terhadap pembentukan BPH melalui peningkatan sensitivitas prostat terhadap androgen dan menghambat proses kematian sel-sel kelenjar prostat. Pola obesitas pada laki-laki biasanya berupa penimbunan lemak pada abdomen.

f. Pola diet

Kekurangan mineral penting seperti seng, tembaga, selenium berpengaruh pada fungsi reproduksi pria. Yang paling penting adalah seng, karena defisiensi seng berat dapat menyebabkan pengecilan testis yang selanjutnya berakibat penurunan kadar testosteron. Selain itu, makanan tinggi lemak

dan rendah serat juga membuat penurunan kadar testosteron.

g. Aktivitas seksual

Kelenjar prostat adalah organ yang bertanggung jawab untuk pembentukan hormon laki-laki. BPH dihubungkan dengan kegiatan seks berlebihan dan alasan kebersihan. Saat kegiatan seksual, kelenjar prostat mengalami peningkatan tekanan darah sebelum terjadi ejakulasi. Jika suplai darah ke prostat selalu tinggi, akan terjadi hambatan prostat yang mengakibatkan kelenjar tersebut bengkak permanen. Seks yang tidak bersih akan mengakibatkan infeksi prostat yang mengakibatkan BPH. Aktivitas seksual yang tinggi juga berhubungan dengan meningkatnya kadar hormon testosteron.

h. Kebiasaan merokok

Nikotin dan konitin (produk pemecahan nikotin) pada rokok meningkatkan aktifitas enzim perusak androgen, sehingga menyebabkan penurunan kadar testosteron.

i. Konsumsi minuman beralkohol

Konsumsi alkohol akan menghilangkan kandungan zink dan vitamin B6 yang penting untuk prostat yang sehat. Zink sangat penting untuk kelenjar prostat. Prostat menggunakan zink 10 kali lipat dibandingkan dengan organ yang lain. Zink membantu mengurangi kandungan prolaktin di dalam darah. Prolaktin meningkatkan penukaran hormon testosteron kepada pasein dengan BPH (Diana et al., 2020).

## 5. Patofisiologi

Usia merupakan pencetus awal terjadinya BPH hal ini dapat terjadi karena perubahan keseimbangan testostosterone dimana produksi testostosterone menurun, sehingga menyebabkan konversi testosteron pada jaringan adipose di perifer, keadaan ini tergantung pada hormon testosteron yang di dalam sel-sel kelenjar prostat

hormon ini akan dirubah menjadi DHT dengan bantuan enzim alfa reduktase. DHT inilah yang secara langsung memacu m-RNA di dalam sel-sel kelenjar prostat untuk mensistesis protein sehingga mengakibatkan kelenjar prostat mengalami hiperplasia yang akan meluas menuju kandung kemih sehingga mempersempit saluran uretra prostatika dan penyumbatan aliran urine. Kadar hormon testosteron yang tinggi berhubungan dengan peningkatan risiko BPH. Testosteron akan diubah menjadi androgen yang lebih poten yaitu DHT oleh enzim  $5\alpha$ -reductase, yang memegang peran penting dalam proses pertumbuhan sel-sel prostat.

Pada usia tua terjadi kelemahan umum termasuk kelemahan pada buli (otot detrusor) dan penurunan fungsi persarafan. Perubahan karena pengaruh usia tua juga menurunkan kemampuan buli-buli dalam mempertahankan aliran urin pada proses adaptasi oleh adanya obstruksi karena pembesaran prostat, sehingga menimbulkan gejala BPH, sedangkan adanya riwayat keluarga pada penderita BPH dapat meningkatkan risiko terjadinya kondisi yang sama pada anggota keluarga yang lain. Semakin banyak anggota keluarga yang mengidap penyakit ini, semakin besar risiko anggota keluarga yang lain untuk dapat terkena BPH. Pada kasus laki-laki dengan obesitas akan menyebabkan gangguan pada prostat dan kemampuan seksual, tipe bentuk tubuh yang mengganggu prostat adalah tipe bentuk tubuh yang membesar di bagian pinggang dengan perut buncit, seperti buah apel. Beban di perut itulah yang menekan otot organ seksual, sehingga lama-lama organ seksual kehilangan kelenturannya, selain itu deposit lemak berlebihan juga akan mengganggu kinerja testis. Selain obesitas, pola diet seperti kekurangan mineral penting seperti seng, tembaga, selenium berpengaruh pada fungsi reproduksi pria. Yang paling penting adalah seng, karena defisiensi seng berat dapat menyebabkan pengecilan testis yang selanjutnya berakibat penurunan kadar

testosteron.

Selain itu aktivitas seksual yang berlebihan akan menyebabkan kelenjar prostat mengalami peningkatan tekanan darah sebelum terjadi ejakulasi, jika suplai darah ke prostat selalu tinggi maka akan terjadi hambatan prostat yang mengakibatkan kelenjar tersebut bengkak permanen dan berakibat terjadi BPH. Merokok juga menjadi faktor risiko terjadinya BPH, Nikotin dan konitin (produk pemecahan nikotin) pada rokok meningkatkan aktifitas enzim perusak androgen, sehingga menyebabkan ketidakstabilan kadar testosteron. Selain rokok, konsumsi minuman beralkohol akan menghilangkan kandungan zink dan vitamin B6 yang penting untuk prostat yang sehat. Zink sangat penting untuk kelenjar prostat. Prostat menggunakan zink 10 kali lipat dibandingkan dengan organ yang lain. Zink membantu mengurangi kandungan prolaktin di dalam darah. Prolaktin meningkatkan penukaran hormon testosteron kepada DHT.

Untuk dapat mengeluarkan urin, buli-buli harus berkontraksi lebih kuat guna melawan tahanan itu. Kontraksi yang terus-menerus ini menyebabkan perubahan anatomi dari buli-buli berupa hipertrofi otot detrusor, trabekulasi, terbentuknya selula, sakula, dan divertikel buli-buli. Fase penebalan otot detrusor ini disebut fase kompensasi. Perubahan struktur pada buli-buli dirasakan oleh pasien sebagai keluhan pada saluran kemih sebelah bawah atau *lower urinary tract symptom* (LUTS) yang dahulu dikenal dengan gejala-gejala prostatismus. Semakin meningkatnya *resistensi* uretra, otot detrusor masuk ke dalam fase dekompensasi dan akhirnya tidak mampu lagi untuk berkontraksi sehingga terjadi retensi urin. Hal ini dapat di tangani dengan diberikan obat-obatan non invasif tetapi obat-obatan ini membutuhkan waktu yang lama, maka penanganan yang paling tepat adalah tindakan pembedahan, salah satunya adalah TURP.

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 pemotongan dan *counter* yang disambungkan dengan arus listrik. Trauma bekas *resectocopy* menstimulasi pada lokasi pembedahan sehingga mengaktifkan suatu rangsangan saraf ke otak sebagai konsekuensi munculnya sensasi nyeri (Nirfandi et al., 2023).

## 6. Manifestasi Klinis

Menurut Umam (2020), respon fisiologis kandung kemih setelah post op TURP yaitu:

- a. Inflamasi :nyeri akibat pembedahan, pelebaran pembuluh darah, pembengkakan
- b. Perdarahan minor selama 24 jam
- c. Hematuria
- d. Dieresis post obstruktif
- e. Respon syaraf simpatik

## 7. Pemeriksaan Diagnostik

Dalam Buku Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah oleh DKMBI (2016) ada beberapa pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada pasien dengan BPH diantaranya:

- a. *Rectal Toucher* : pada pemeriksaan ini, dokter atau perawat akan memasukkan jari telunjuk dengan menggunakan sarung tangan dan jelly ke dalam rektum dan meraba bagian belakang prostat. Posisi pasien akan berbaring seperti kedinginan atau membungkuk. Pemeriksaan ini hanya butuh beberapa menit, pasien akan merasa tidak nyaman namun pemeriksaan ini tidak menyakitkan.
- b. *Prostate-Specific Antigen (PSA) blood test*: protein yang muncul pada tingkat yang meningkat dalam darah saat prostat pria

membesar. Kadar PSA yang hanya sedikit lebih tinggi dari normal sering disebabkan oleh BPH. Tingkat PSA yang tinggi bisa menjadi tanda kanker prostat. Semakin tinggi tingkat PSA maka semakin besar risiko kanker prostat.

- c. *Cystoscopy*: dalam pemeriksaan ini, pasien akan di anastesia lokal, pasien akan diposisikan kaki ditekuk dan dibuka lebar kemudian dokter memasukkan tabung tipis dengan kamera kecil di ujungnya yang disebut cystoscope melalui lubang uretra di ujung penis. Kamera memungkinkan dokter untuk memeriksa bagian dalam prostat, saluran uretra, dan kandung kemih. Pembesaran prostat yang tidak normal dapat dilihat langsung oleh dokter dengan pemeriksaan ini.
- d. Pemeriksaan *Ultrasonografi* (USG): digunakan untuk memeriksa konsistensi volume dan besar prostat juga keadaan buli-buli termasuk residual urine.
- e. Ureum, Elektrolit, dan serum kreatinin: pemeriksaan ini untuk menentukan status fungsi ginjal. Hal ini sebagai data pendukung untuk mengetahui penyakit komplikasi dari BPH.

## **8. Penatalaksanaan Medik**

Ada beberapa penatalaksanaan medik yang dapat dilakukan pada pasien dengan BPH yaitu:

### **a. Terapi Farmakologi Terapi simptomatis**

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 dalam plasma maka prostat akan mengecil Sutanto (2021). Misalnya obat: misalnya prazosin, doxazosin, afluzosin, finasteride.



b. Terapi Non-farmakologi

Menurut Umam (2020) tindakan nonfarmakologi yang dapat diberikan pada pasien dengan diagnosa TURP BPH dibagi menjadi dua yaitu:

1) TURP (*Transuretral Reseksi Prostat*)

Tindakan ini merupakan pembedahan non insisi, yaitu peotongan secara elektrik prostat melalui meatus uretralis. Jaringan prostat yang membesar dan menghalangi jalan urin akan dibuang melalui eletrokuater dan dikeluarkan melalui irigasi dilator.

2) Pembedahan terbuka

Tindakan ini dilakukan jika prostat terlalu besar diikuti oleh penyakit penyerta lainnya, misalnya tumor vesika urinaria, vesikolihntiasis, dan adanya adenoma yang besar.

## 9. Komplikasi

Menurut Umam (2020) komplikasi yang dapat terjadi pada pasien post op TURP yaitu:

a. Perdarahan pasca operasi dan retensi bekuan darah

Perdarahan pasca operasi dapat terjadi akibat luka operasi dan proses penyembuhan luka. Normalnya perdarahan akan berhenti dalam 1-2 minggu. Namun, terjadinya retensi bekuan darah tidak berhubungan secara signifikan dengan durasi hematuria atau faktor klinis lain yang dievaluasi. Oleh karena itu, asupan cairan yang tinggi wajib dilakukan selama 3 minggu setelah TURP

b. Infeksi saluran kemih (ISK)

Infeksi saluran kemih (ISK) dapat terjadi apabila pemakaian kateter dalam jangka waktu lama, semakin lama pasien memakai kateter, maka makin tinggi risiko pasien tersebut mengalami ISK.

c. Ejakulasi retrograd, impotensi

Ejakulasi retrograde adalah komplikasi TURP jangka panjang yang paling umum dan dapat terjadi pada 65 hingga 75% pria. Disinilah air mani tidak dapat keluar dari penis saat berhubungan seks atau masturbasi, melainkan mengalir ke kandung kemih. Hal ini disebabkan oleh kerusakan pada saraf atau otot di sekitar leher kandung kemih, yang merupakan titik penghubung uretra ke kandung kemih.

d. Sindrom TURP, pada 2% pasien penyerapan cairan irigasi melalui sinus vena pada prostat dapat menyebabkan hiponatremia, hipotensi, dan asidosis metabolik

Resiko yang jarang namun berpotensi serius terkait dengan TURP dikenal sebagai sindrom TURP. Hal ini terjadi ketika terlalu banyak cairan yang digunakan saat spooling, selama prosedur dapat terserap ke dalam aliran darah. Gejala awal sindrom TURP meliputi: pusing, sakit kepala, pembengkakan perut, detak jantung lambat. Jika tidak diobati, masalah yang mengancam jiwa dapat berkembang, seperti kejang, sesak napas, kulit membiru (sianosis), dan koma.

e. Inkontinensia

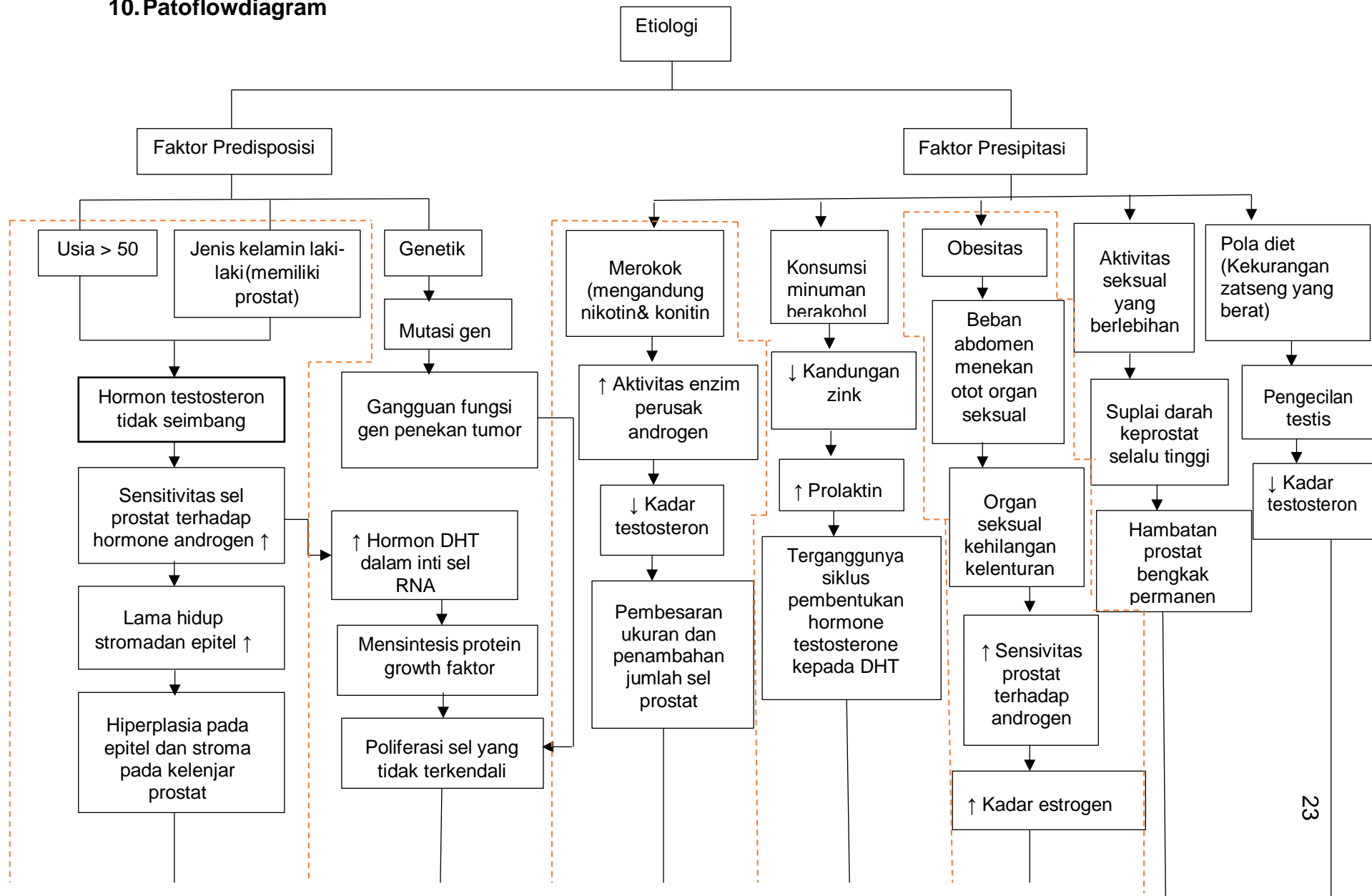
Inkontinensia urin pada tingkat tertentu, dimana buang air kecil tanpa disengaja, cukup umum terjadi setelah TURP. Biasanya akan membaik dalam beberapa minggu setelah operasi, namun terkadang bisa menjadi masalah jangka panjang. Biasanya berupa inkontinensia desakan, di mana pasien akan mengalami tiba-tiba ingin buang air kecil dan kehilangan kendali atas kandung kemih jika tidak segera menemukan toilet.

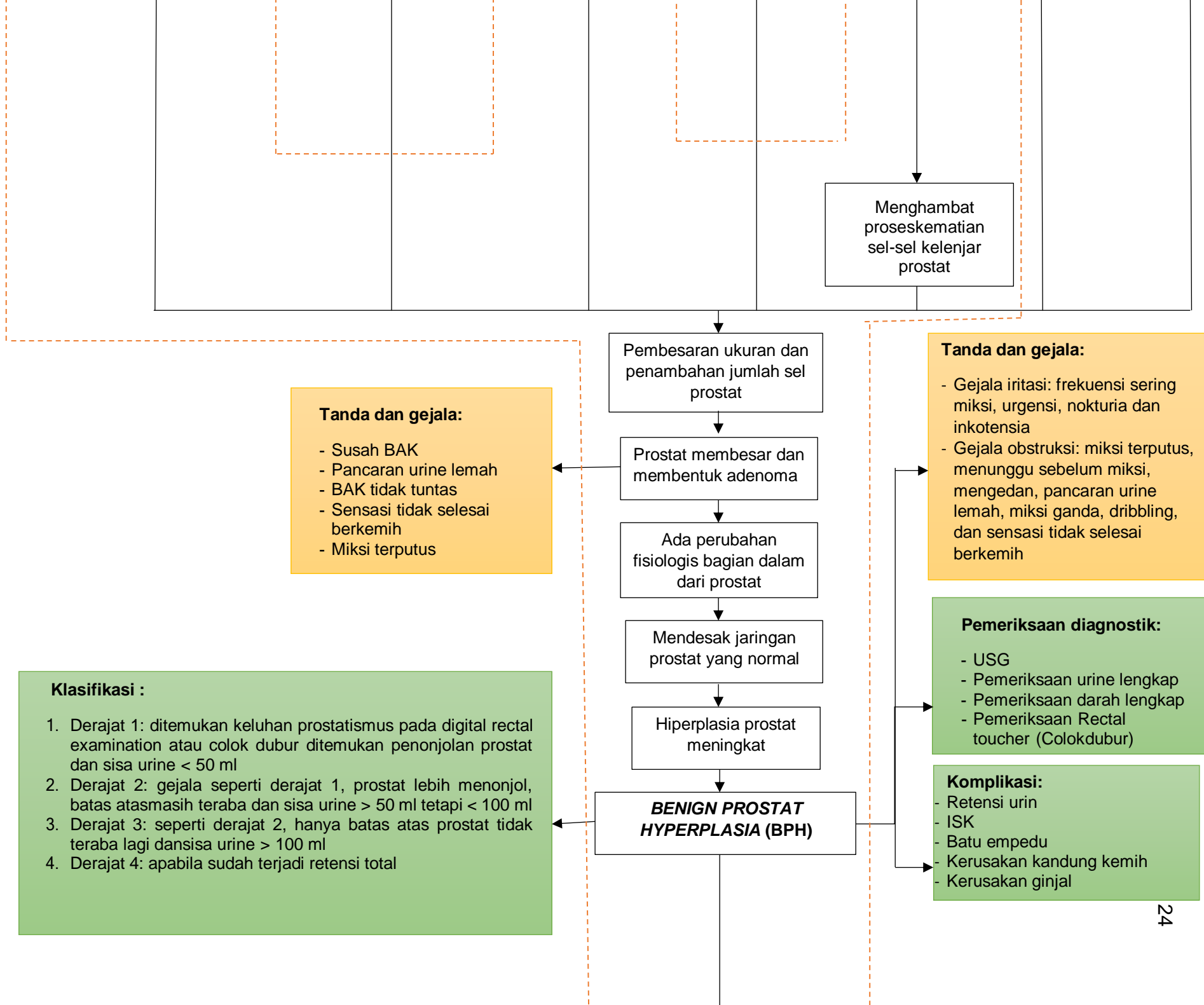
f. Striktur uretra

Penyempitan uretra (striktur uretra) dapat terjadi jika uretra rusak selama operasi dan menimbulkan bekas luka. Gejala striktur uretra termasuk :berusaha untuk buang air kecil, menyemprotkan

kencing atau "split-stream", meneteskan air kencing setelah selesai ke toilet, nyeri ringan saat buang air kecil. Jika penyempitan uretra bersifat ringan, biasanya dapat diatasi dengan memasukkan batang untuk melebarkan uretra.

## 10. Patoflowdiagram





Menghambat proseskematian sel-sel kelenjar prostat

Pembesaran ukuran dan penambahan jumlah sel prostat

Prostat membesar dan membentuk adenoma

Ada perubahan fisiologis bagian dalam dari prostat

Mendesak jaringan prostat yang normal

Hiperplasia prostat meningkat

**BENIGN PROSTAT HYPERPLASIA (BPH)**

**Tanda dan gejala:**

- Susah BAK
- Pancaran urine lemah
- BAK tidak tuntas
- Sensasi tidak selesai berkemih
- Miksi terputus

**Tanda dan gejala:**

- Gejala iritasi: frekuensi sering miksi, urgensi, nokturia dan inkontensia
- Gejala obstruksi: miksi terputus, menunggu sebelum miksi, mengedan, pancaran urine lemah, miksi ganda, dribbling, dan sensasi tidak selesai berkemih

**Pemeriksaan diagnostik:**

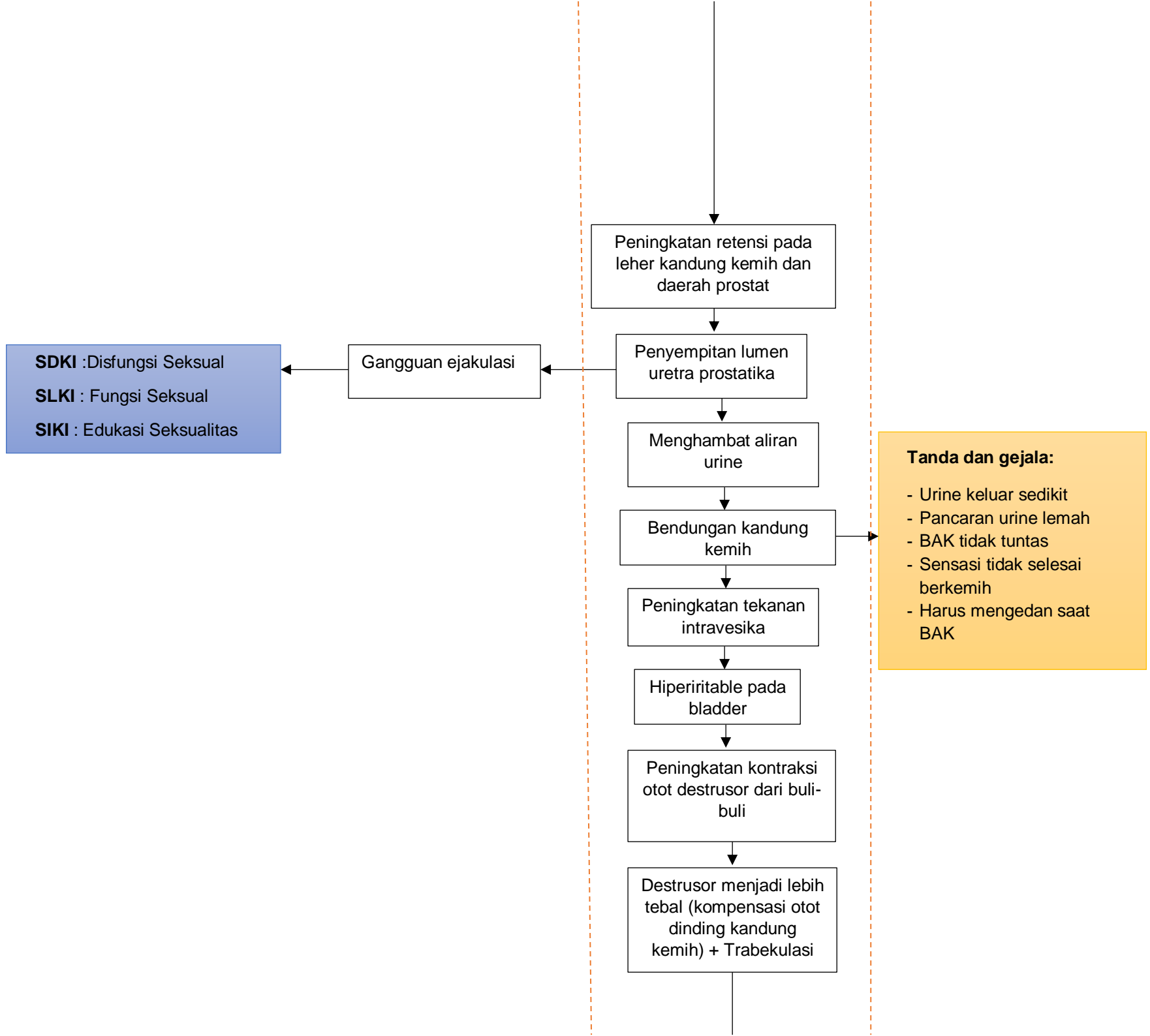
- USG
- Pemeriksaan urine lengkap
- Pemeriksaan darah lengkap
- Pemeriksaan Rectal toucher (Colokdubur)

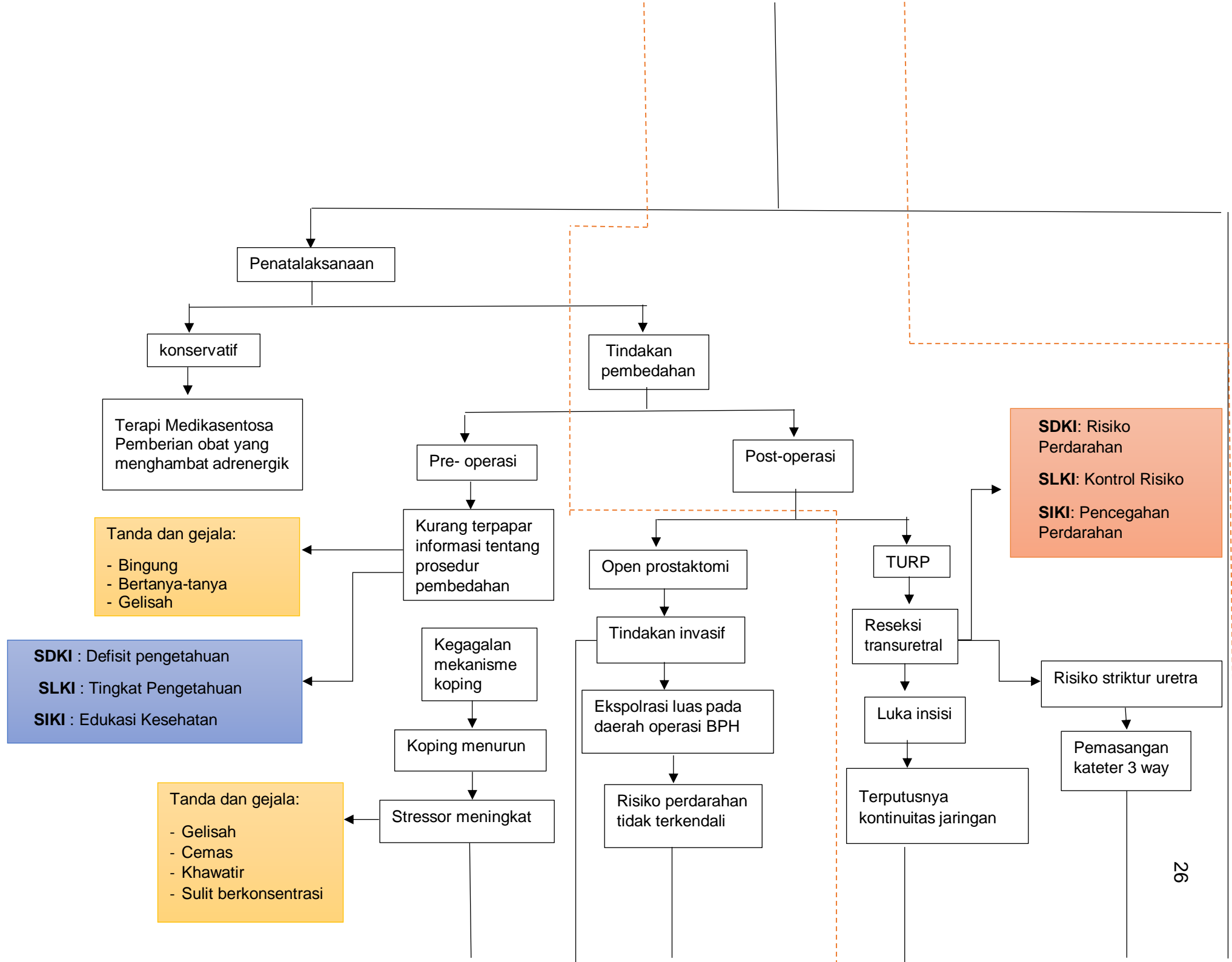
**Komplikasi:**

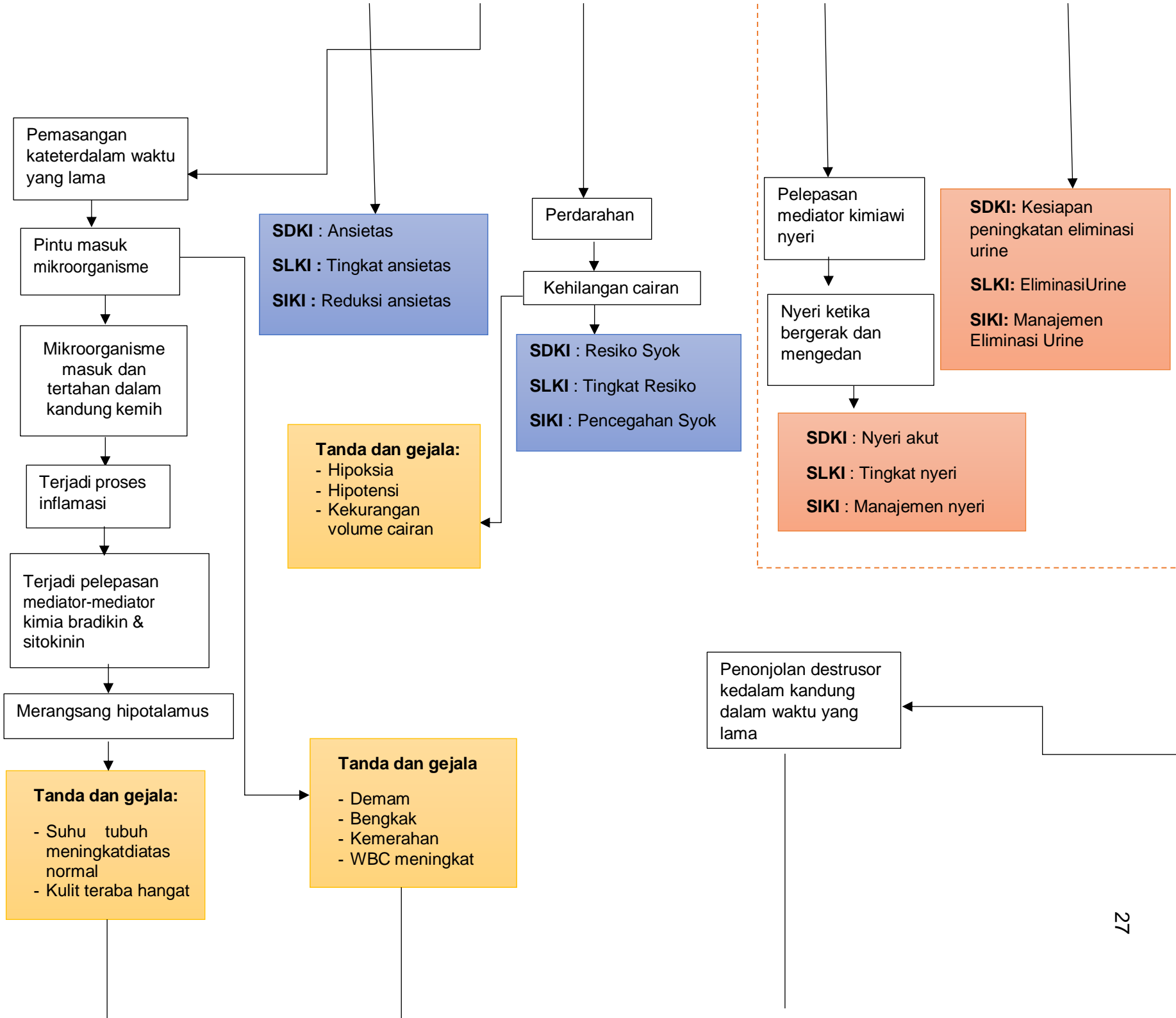
- Retensi urin
- ISK
- Batu empedu
- Kerusakan kandung kemih
- Kerusakan ginjal

**Klasifikasi :**

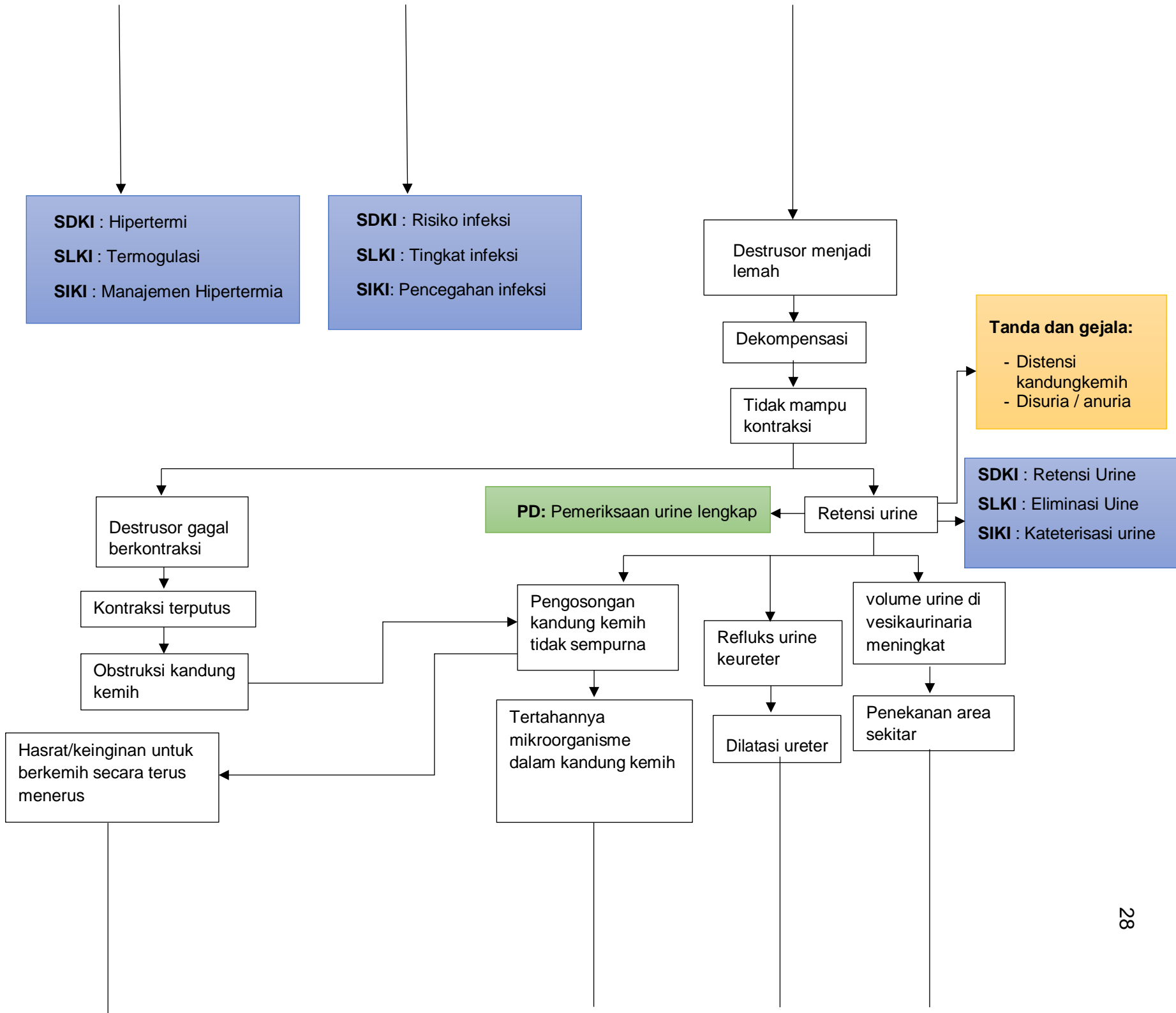
1. Derajat 1: ditemukan keluhan prostatismus pada digital rectal examination atau colok dubur ditemukan penonjolan prostat dan sisa urine < 50 ml
2. Derajat 2: gejala seperti derajat 1, prostat lebih menonjol, batas atas masih teraba dan sisa urine > 50 ml tetapi < 100 ml
3. Derajat 3: seperti derajat 2, hanya batas atas prostat tidak teraba lagi dan sisa urine > 100 ml
4. Derajat 4: apabila sudah terjadi retensi total

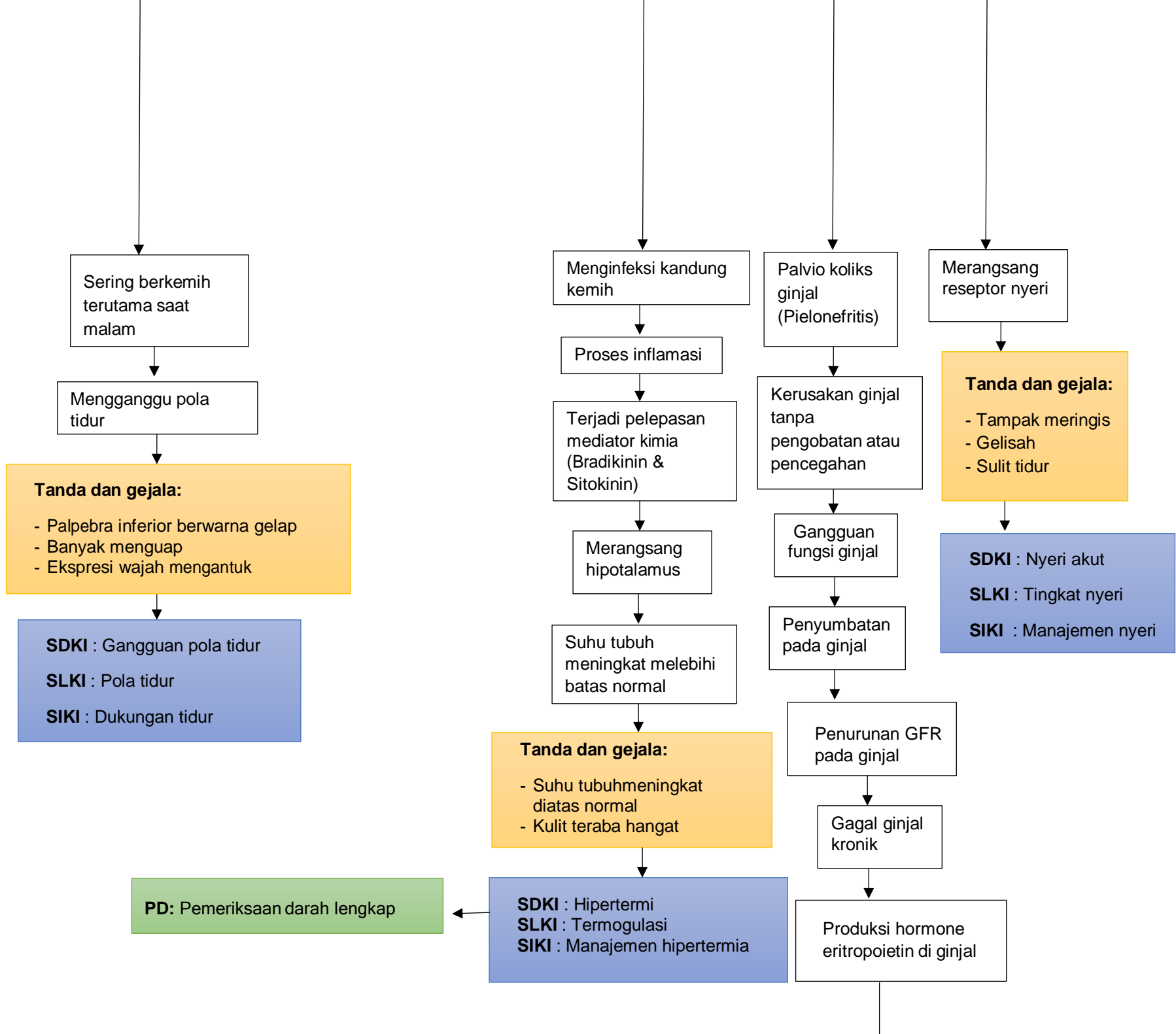


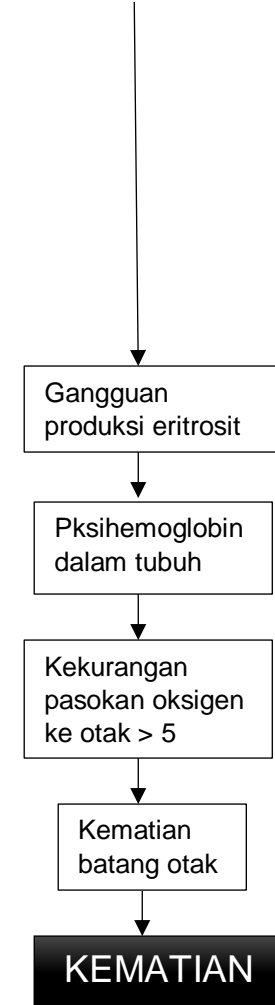












Keterangan: .....: Alur perjalanan penyakit pasien

**Daftar Pustaka:**

Nirfandi (2023), Gustikasari (2020), Umam (2020), Kemenkes (2019).

## **B. Konsep Dasar Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

#### a. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

##### 1) Data subjektif:

Biasanya kasus BPH terjadi pada pasien laki-laki yang sudah tua, dan pasien biasanya tidak memperdulikan hal ini, karena sering mengatakan bahwa sakit yang dideritanya pengaruh umur yang sudah tua.

##### 2) Data objektif:

Perawat perlu mengkaji apakah pasien mengetahui penyakit apa yang dideritanya dan apa penyebab sakitnya saat ini.

#### b. Pola nutrisi dan metabolik

##### 1) Data subjektif:

Terganggunya sistem pemasukan makanan dan cairan yaitu karena efek penekakan/nyeri pada abdomen (pada preoperasi), maupun efek dari anastesi pada postoperasi BPH, sehingga terjadi gejala: anoreksia, mual, muntah, penurunan berat badan.

##### 2) Data objektif:

Tindakan yang perlu dikaji adalah awasi masukan dan pengeluaran baik cairan maupun nutrisinya.

#### c. Pola eliminasi

##### 1) Data subjektif:

Gangguan eliminasi merupakan gejala utama yang seringkali terjadi dan dialami oleh pasien dengan preoperasi, perlu dikaji keragu-raguan dalam memulai aliran urine, aliran urine berkurang, pengosongan kandung kemih inkomplit, frekuensi berkemih, nokturia, disuria dan hematuria. Sedangkan pada post operasi BPH yang terjadi karena tindakan invasif serta prosedur pembedahan.

2) Data objektif:

Mengobservasi drainase kateter untuk mengetahui adanya perdarahan dengan mengevaluasi warna urine. Evaluasi warna urine, contoh: merah terang dengan bekuan darah, perdarahan dengan tidak ada bekuan darah, peningkatan viskositas, warna keruh, gelap dengan bekuan. Selain terjadi gangguan eliminasi urine, juga ada kemungkinan terjadinya konstipasi.

d. Pola latihan dan aktivitas

1) Data subjektif:

Adanya keterbatasan aktivitas karena kondisi pasien yang lemah dan terpasang traksi kateter selama 6-24 jam. Pada paha yang dilakukan perekatan kateter tidak boleh fleksi selama traksi masih diperlukan, pasien juga merasa nyeri pada prostat dan pinggang.

2) Data subjektif:

Pasien dengan post op BPH aktivitasnya sering di bantu oleh keluarga.

e. Pola istirahat dan tidur

1) Data subjektif:

Pada pasien dengan BPH biasanya istirahatnya dan tidurnya terganggu, disebabkan oleh nyeri pinggang dan BAK yang keluar terus menerus dimana hal ini dapat mengganggu kenyamanan pasien.

2) Data objektif:

Mengkaji berapa lama pasien tidur dalam sehari, apakah ada perubahan lama tidur sebelum dan selama sakit/selama di rawat.

f. Pola konsep diri dan persepsi diri

1) Data subjektif:

Pasien dengan kasus BPH seringkali terganggu integritas

egonya karena memikirkan bagaimana akan menghadapi pengobatannya.

2) Data objektif:

Mengkaji kegelisahan, kacau mental, perubahan perilaku.

g. Pola persepsi kognitif

1) Data subjektif:

Pasien dengan BPH umumnya adalah orang tua, maka alat indra pasien biasanya terganggu karena pengaruh usia lanjut. Namun tidak semua pasien mengalami hal itu.

2) Data objektif:

Mengkaji bagaimana alat indra pasien, bagaimana status neurologis pasien, apakah ada gangguan atau tidak.

h. Pola peran dan hubungan

1) Data subjektif:

Pasien dengan BPH merasa rendah diri terhadap penyakit yang dideritanya. Sehingga hal ini menyebabkan kurangnya sosialisasi pasien dengan lingkungan sekitar.

2) Data objektif:

Perawat perlu mengkaji bagaimana hubungan pasien dengan keluarga dan masyarakat sekitar, apakah ada perubahan peran selama pasien sakit.

i. Pola reproduksi dan seksual

1) Data subjektif:

Pada pasien BPH baik pre operasi maupun post operasi terkadang mengalami masalah tentang efek kondisi/terapi pada kemampuan seksualnya.

2) Data objektif:

Mengkaji inkontinensia/menetes selama hubungan intim, penurunan kekuatan kontraksi saat ejakulasi, dan pembesaran atau nyeri tekan pada prostat.

j. Pola Pertahanan diri dan toleransi stres

1) Data subjektif:

Pasien dengan BPH mengalami peningkatan stress karena memikirkan pengobatan dan penyakit yang dideritanya menyebabkan pasien tidak bisa melakukan aktivitas seksual seperti biasanya, bisa terlihat dari perubahan tingkah laku dan kegelisahan klien.

2) Data objektif:

Perawat perlu mengkaji bagaimana pasien menghadapi masalah yang dialami, apakah pasien menggunakan obat-obatan untuk mengurangi stresnya.

k. Pola keyakinan dan nilai

1) Data subjektif:

Pasien BPH mengalami gangguan dalam hal keyakinan, seperti gangguan dalam beribadah, pasien tidak bisa melaksanakannya, Karena BAK yang sering keluar tanpa disadari.

2) Data objektif:

Dikaji apakah ada pantangan dalam agama pasien untuk proses pengobatan (Nurkholila et al., 2023).

## 2. Diagnosa Keperawatan

Dalam Buku Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Medah oleh DKMBI (2016) diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada pasien BPH post TURP adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur (D.0077).
- b. Risiko syok dibuktikan dengan perdarahan (D.0039).
- c. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D.0142)

- d. Risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan (D.0012)
- e. Kesiapan peningkatan eliminasi urin dibuktikan dengan pasien ingin mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan eliminasi urin, jumlah urin normal dan karakteristik urin normal (D. 0048) (SDKI, 2017).

### 3. Luaran dan Rencana tindakan keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur (D.0077).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun (L. 08066), dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri cukup menurun (Skala nyeri 4-6)
- 2) Meringis cukup menurun
- 3) Sikap protektif cukup menurun
- 4) Gelisah cukup menurun
- 5) Kesulitan tidur cukup menurun
- 6) Frekuensi nadi cukup membaik (SLKI,2019)

Rencana tindakan keperawatan:

Manajemen Nyeri (I.08238)

Observasi:

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.

Rasional: Mengidentifikasi kebutuhan untuk intervensi dan juga tanda-tanda perkembangan/resolusi komplikasi.

- 2) Identifikasi skala nyeri

Rasional: Membantu dalam menentukan kebutuhan manajemen nyeri dan keefektifan proram.

- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal



Rasional: Untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan.

- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Rasional: Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi sensasi nyeri yang dirasakan pasien.

- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

Rasional: Mengidentifikasi sejauh mana pasien mengenai nyeri.

- 6) Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup

Rasional: Untuk mengidentifikasi jika nyeri dapat mengganggu kualitas hidup pasien.

Terapeutik:

- 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupunktur, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

Rasional: Meningkatkan relaksasi dan perasaan sehat. Dapat menurunkan kebutuhan narkotik analgetik dimana telah terjadi proses degeneratif neuro/motor. Mungkin tidak berhasil jika muncul demensia, meski minor.

- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

Rasional: Lingkungan sekitar dapat mempengaruhi peningkatan sensasi nyeri pasien.

- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur

Rasional: Mendukung waktu tidur dan kenyamanan pasien.

- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Rasional: Membantu untuk keefektifan manajemen nyeri.

Edukasi:

- 1) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri

Rasional: Agar pasien mengetahui efek samping dari tindakan

post operasi.

- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri

Rasional: Agar pasien mampu melakukan tindakan non-farmakologi dalam mengurangi nyeri.

- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Rasional: Agar pasien dapat mengidentifikasi nyeri secara mandiri.

- 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

Rasional: Untuk mencegah alergi obat-obatan tertentu.

- 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Rasional: Untuk menghindari konsumsi obat yang berlebihan.

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Rasional: Memberikan penurunan nyeri/tidak nyaman; mengurangi demam. Obat yang dikontrol pasien atau berdasarkan waktu 24 jam mempertahankan kadar analgesia darah tetap stabil, mencegah kekurangan ataupun kelebihan obat-obatan. (SIKI,2018)

- b. Risiko syok dibuktikan dengan perdarahan (D.0039)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat syok menurun (L.03032), dengan kriteria hasil:

- 1) Kekuatan nadi cukup meningkat
- 2) Akral dingin cukup menurun
- 3) Pucat cukup menurun
- 4) Frekuensi nadi cukup membaik
- 5) *Mean arterial pressure* cukup membaik (SLKI,2019)

Rencana tindakan keperawatan:

Pencegahan syok (I.02068)

Observasi:

- 1) Monitor status kardiopulmonari (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP)

Rasional: Perubahan status kardiopulmonari dapat menunjukkan perubahan volume cairan yang tidak adekuat.

Terapeutik:

- 1) Pasang jalur IV, jika perlu

Rasional: Pemberian cairan intravena dapat mencegah pasien mengalami syok.

- 2) Pasang kateter urine untuk menilai prosedur urine, jika perlu

Rasional: Untuk memantau berapa haluaran urine pasien.

Edukasi:

- 1) Jelaskan penyebab dan faktor risiko syok

Rasional: Agar pasien dapat lebih mengerti mengenai syok.

- 2) Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok

Rasional: Untuk meminimalisir terjadinya komplikasi lebih lanjut dari syok.

- 3) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral

Rasional: Mengganti cairan secara adekuat.

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian IV, jika perlu

Rasional: Mengganti cairan dan elektrolit secara adekuat (SIKI,2018).

- c. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif (D.0142)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat infeksi dapat menurun (L.14137), dengan kriteria hasil:

- 1) Demam cukup menurun
- 2) Kemerahan cukup menurun
- 3) Bengkak cukup menurun
- 4) Kadar sel darah putih cukup membaik (SLKI,2019)

Rencana tindakan keperawatan:

Pencegahan Infeksi (I.14539)

Observasi:

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Rasional: Untuk Mengetahui terjadinya infeksi.

Terapeutik:

- 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

Rasional: untuk mencegah penyebaran mikroorganisme penyebab infeksi.

- 2) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Rasional: untuk mencegah penyebaran mikroorganisme penyebab infeksi.

Edukasi:

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional: Agar pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi.

- 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

Rasional: untuk mencegah penyebaran mikroorganisme penyebab infeksi.

- 3) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

Rasional: Agar pasien dapat mengetahui secara mandiri jika luka mengalami infeksi.

- 4) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

Rasional: Untuk meningkatkan pertahanan tubuh.

- 5) Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Rasional: untuk mencegah dehidrasi dan memenuhi kebutuhan cairan dalam tubuh

Kolaborasi:

- 1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

Rasional: Untuk meningkatkan sistem imun tubuh sehingga mencegah terjadinya infeksi.

d. Risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan (D.0012)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan tingkat perdarahan dapat menurun (L.02017), dengan kriteria hasil:

- 1) Kelembapan membran mukosa cukup meningkat
- 2) Kelembapan kulit cukup meningkat
- 3) Hematemesis cukup menurun
- 4) Hemoglobin cukup membaik

Rencana keperawatan:

Pencegahan perdarahan (I.02067)

Observasi:

- 1) Monitor tanda dan gejala perdarahan

Rasional: Membantu dalam mengambil tindakan keperawatan yang tepat untuk mengatasi risiko perdarahan.

- 2) Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah.

Rasional: Perubahan Hematokrit/hemoglobin dapat mempengaruhi terjadinya risiko perdarahan.

- 3) Monitor tanda-tanda vital ortostatik

Rasional: Untuk mengetahui keadaan umum pasien.

- 4) Monitor koagulasi (mis. *Prothrombin time* (PT), *partial thromboplastin time* (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan atau platelet)

Rasional: Untuk mengetahui hasil pemeriksaan laboratorium yang dapat menyebabkan terjadinya risiko perdarahan.

Terapeutik:

- 1) Pertahankan *bed rest* selama perdarahan

Rasional: Untuk mengantisipasi terjadinya perdarahan.

## 2) Batasi tindakan invasif, jika perlu

Rasional: Tindakan invasif dapat meningkatkan risiko perdarahan.

## Edukasi:

## 1) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan

Rasional: Agar pasien dapat mengerti mengenai tanda dan gejala perdarahan.

## 2) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K

Rasional: Agar kondisi pasien stabil kembali dengan makanan yang bergizi.

## 3) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

Rasional: Mencegah terjadinya komplikasi perdarahan.

## Kolaborasi:

## 1) Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika

perlu Rasional: Untuk mengurangi terjadinya risiko perdarahan.

- e. Kesiapan peningkatan eliminasi urin dibuktikan dengan pasien ingin mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan eliminasi urin, jumlah urin normal dan karakteristik urin normal (D. 0048) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan eliminasi urine dapat membaik (L.04034), dengan kriteria hasil:

## 1) Sensasi berkemih cukup meningkat

## 2) Berkemih tidak tuntas cukup menurun

## 3) Urine menetes cukup menurun

## 4) Frekuensi urine cukup membaik (SLKI, 2019).

## Rencana keperawatan:

## Manajemen eliminasi urine (I.04152)

## Observasi:

## 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine

Rasional: Untuk mengetahui masalah yang terjadi pada

pasien.

- 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine

Rasional: Untuk mengetahui apa penyebab dari retensi urine yang dialami pasien.

- 3) Monitor eliminasi urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna)

Rasional: mengidentifikasi karakteristik dari urine.

Terapeutik:

- 1) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih

Rasional: Untuk mengetahui jadwal waktu berkemih pasien.

- 2) Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine

Rasional: Agar pasien dapat mengetahui asupan dan haluran secara mandiri.

- 3) Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih

Rasional: Agar pasien dapat berkemih pada waktu yang tepat.

- 4) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur

Rasional: Mencegah agar pola tidur pasien tidak terganggu (SIKI, 2018).

#### **4. Perencanaan pulang (*Discharge planning*)**

Menurut Gergely (2024) ada beberapa hal penting yang harus diinformasikan kepada pasien untuk rencana pemulangan, yaitu:

- a. Anjurkan pasien agar tidak terlibat dalam segala bentuk aktivitas yang menyebabkan efek valsava mengangkat berat.
- b. Anjurkan agar pasien menghindari perjalanan dengan motor dalam jarak jauh dan latihan berat, yang dapat meningkatkan kecenderungan perdarahan.
- c. Pasien diingatkan untuk minum obat cukup cairan untuk

mencegah dehidrasi, yang meningkatkan kecenderungan terbentuknya bekuan darah dan menyumbat aliran urin.

- d. Anjurkan untuk menghindari makanan yang pedas, alkohol dan kopi yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan.
- e. Anjurkan pasien untuk minum obat secara teratur.



## BAB III

### PENGAMATAN KASUS

#### A. Ilustrasi Kasus

Tn."S" berumur 67 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 29 April 2024 dengan diagnosa medis saat masuk adalah Retensi Urine+*Benigna Prostat Hyperplasia* (BPH) grade III. Pada tanggal 1 Mei 2024 setelah dilakukan tindakan *Transurethral Resection Of The Prostate* (TURP) dilakukan pengkajian dan didapatkan data, pasien mengeluh nyeri seperti tertusuk-tusuk pada abdomen bagian bawah, dengan skala nyeri 7 dirasakan menetap 5 sampai 10 menit. Tanda gejala lain yang didapatkan pada pasien adalah keadaan umum lemah, pasien tampak meringis dan gelisah pasien mengatakan masih belum merasakan jika ingin BAK. Observasi tanda-tanda vital TD: 129/83 mmHg, N: 112x/mnt, S: 36.3°C, P: 20x/mnt. Pasien terpasang infus RL 500 cc 20 tetes/menit, cairan NaCl 500cc (spooling) dan pasien terpasang kateter *three way*. Pada hasil pemeriksaan laboratorium RBC  $4.43 \times 10^6/\mu\text{L}$  (nilai normal 4.70-6.10  $10^6/\mu\text{L}$ ), HCT 38.2% (nilai normal 39.9-51.1%), MCH 32.1 pg (nilai normal 24.2-31.2 pg), MCHC 37.2 g/dL (nilai normal 31.9-36.0 g/dL), PDW 8.1 fL (nilai normalnya 9.0-13.0 fL), P-LCR 12.1% (nilai normal 15.0-25.0%). Pemeriksaan USG abdomen didapatkan kesan Hipertropi prostat, Klasifikasi bagian tengah prostat. DD: batu uretra pars posterior. Diagnosis keperawatan yang diangkat adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, Kesiapan peningkatan eliminasi urin dibuktikan dengan pasien ingin meningkatkan eliminasi urin, jumlah, karakteristik urin normal dan Resiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan.

## B. Pengkajian

### ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Mahasiswa yang mengkaji :	NIM :
1. Mardiana Syahrul	NS2314901080
2. Maria Krisnianti Pakanna	NS2314901081

Unit : Yoseph 6

Autoanamnese : ✓

Kamar : 6003 bed 1

Alloanamnese : ✓

Tanggal masuk RS: 29 Mei 2024

Tanggal pengkajian: 01 April 2024

#### I. Identifikasi

##### A. Pasien

Nama initial : Tn.S  
Umur : 67 Tahun  
Jenis kelamin : Laki-laki  
Status perkawinan : Menikah  
Jumlah anak : 5  
Agama / suku : Katolik  
Warga negara : Indonesia  
Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia  
Pendidikan : S1  
Pekerjaan : Pensiunan  
Alamat rumah : Jl. Diponegoro no.25

##### B. Penanggung Jawab

Nama : Ny. S  
Umur : 56 Tahun  
Alamat : Jl. Diponegoro no.25  
Hubungan dengan pasien : Istri

## II. Data medik

Diagnosa medik

Saat masuk : Retensi Urine + BPH Grade III

Saat pengkajian : Post Operasi TURP hari pertama

## III. Keadaan Umum

### A. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit sedang

Alasan: Tampak keadaan umum pasien lemah, pasien mengeluh nyeri post op, tampak pasien meringis, terpasang infus RL 500cc/8jam/20 tetes permenit di tangan kanan dan terpasang kateter spooling NaCl 0,9% diguyur dengan urine berwarna merah segar.

### B. Tanda-Tanda Vital

#### 1. Kesadaran (kualitatis): Compos mentis

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a. Respon motorik	6
b. Respon bicara	5
c. Respon membuka mata	4
d. Jumlah	<u>15</u>

Kesimpulan: Pasien sadar penuh

2. Tekanan darah :129/83 mmHg

MAP :113 mmHg

Kesimpulan :Perfusi darah ke seluruh tubuh memadai

3. Suhu : 36,3°C di axilla

4. Pernapasan: 20x/menit

Irama : Teratur

Jenis : Pernapasan perut

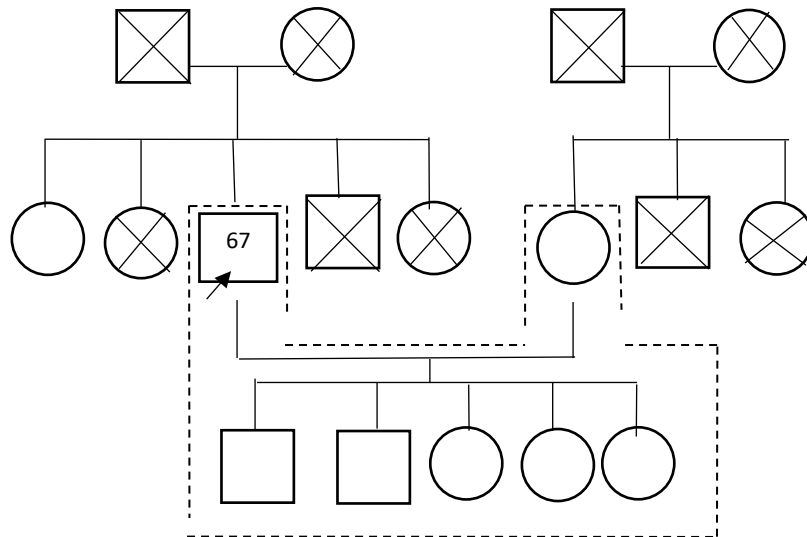
5. Nadi : 112x/menit

6. Irama : Teratur







## C. Pengukuran

- |                             |                                  |
|-----------------------------|----------------------------------|
| 1. Lingkar lengan atas      | : 34 cm                          |
| 2. Tinggi badan             | : 163 cm                         |
| 3. Berat badan              | : 68 Kg                          |
| 4. Indeks Massa Tubuh (IMT) | : 25,66 kg/m <sup>2</sup>        |
| Kesimpulan                  | : Berat badan pasien<br>berlebih |

## D. Genogram



## Keterangan:

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Pasien
-  : Garis keturunan
-  : Tinggal serumah
-  : Meninggal

#### IV. Pengkajian Pola Kesehatan

##### A. Pola Persepsi Kesehatan Dan Pemeliharaan Kesehatan

###### 1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan kesehatan adalah hal yang penting bagi dirinya dan keluarganya karena dengan kondisi tubuh yang sehat semua aktivitas atau pekerjaannya dapat dilakukan dengan baik, pasien mengatakan jika dia sakit atau ada anggota keluarga yang sakit dia akan pergi ke Puskesmas atau Rumah Sakit terdekat untuk berobat atau sekedar membeli obat di apotik jika hanya sakitnya tidak terlalu parah. Pasien mengatakan sebelumnya memiliki kebiasaan merokok dan minum kopi setiap hari namun sudah berhenti sejak 1 tahun yang lalu

###### 2. Riwayat penyakit saat ini

###### a. Keluhan utama:

Nyeri Post TURP *Benigna Prostat Hyperplasia* (BPH)

###### b. Riwayat keluhan utama :

Pasien mengatakan nyeri yang dia rasakan pada saat berkemih sudah dirasakan +- 4 bulan yang lalu tetapi pasien hanya membeli obat di warung dengan resep dokter sebagai bagian dari pengobatan untuk mengurangi rasa nyeri saat berkemih, namun pasien mengatakan semakin merasakan nyeri ketika ingin BAK dan sering BAK tetapi sedikit-sedikit sejak beberapa hari yang lalu dan pasien juga sempat mengalami demam naik turun +- 1 minggu yang lalu. Oleh sebab itu istri dan anak dari pasien memutuskan untuk membawa pasien ke IGD RS. Stella Maris Makassar guna mendapatkan pengobatan dan dari

dokter disarankan untuk rawat inap dan melakukan pemeriksaan lanjut. Setelah hasil USG keluar dimana hasilnya menunjukkan kesan hipertrofi prostat sehingga dokter menyarankan untuk dilakukan tindakan operasi yakni Transurethral Resection Of The Prostate (TURP). Saat melakukan pengkajian 4 jam setelah dilakukan tindakan operasi pasien mengatakan nyeri pada post op TURP dan pada perut bagian bawah menjalar sampai pinggang, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan menetap, skala nyeri 7

c. Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Pasien mengatakan tidak pernah memiliki riwayat penyakit kesehatan sebelumnya.

d. Riwayat kesehatan keluarga :

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarganya yang memiliki penyakit turunan BPH ataupun penyakit menular.

e. Pemeriksaan fisik

- 1) Kesehatan rambut :Rambut tampak bersih,beruban dan sedikit berminyak
- 2) Kulit kepala :Tampak kulit kepala bersih, tidak ada ketombe atau lesi
- 3) Kebersihan kulit :Tampak kulit bersih berkeriput
- 4) Higiene rongga mulut :Tampak rongga mulut pasien kotor dan tampak terdapat karies.
- 5) Kebersihan genitalia:Tampak terpasang kateter *threeway* No.16, genitalia tampak bersih.
- 6) Kebersihan anus :Tidak ada hemoroid.

## B. Pola Nutrisi Dan Metabolik

### 1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit dia memiliki pola makan yang teratur yakni 3 kali sehari dengan lauk berupa nasi, sayur, ikan, tempe, telur dll. Pasien menyukai makanan manis seperti kue bolu dan kue basah. Pasien minum air putih +- 8 gelas/hari.

### 2. Keadaan saat sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit nafsu makannya berkurang karena nyeri yang dirasakan dan tidak terlalu menyukai makanan dari Rumah Sakit. Makanan yang dia makan berupa bubur dan lauk dari RS dan setiap makan hanya dapat menghabiskan +- 8 sendok makan. Pasien minum air putih +-6 gelas/hari.

### 3. Observasi :

Tampak pasien minum sedikit-sedikit, tampak pasien tidak menghabiskan makanannya, tidak tampak penggunaan NGT

### 4. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan rambut : Rambut tampak bersih,beruban dan sedikit berminyak
- b. Hidrasi kulit : Kembali < 3 detik
- c. Palpebra/konjungtiva : Tampak tidak edema/tampak anemis
- d. Sclera : Tampak tidak ikterik
- e. Hidung : Tampak septum berada ditengah, tidak tampak adanya polip, sekret, dan lesi
- f. Rongga mulut: Tidak tampak adanya stomatitis/aphtae, tidak tampak peradangan gusi
- g. Gigi : Tampak gigi pasien utuh dan terdapat adanya karies gigi

- h. Kemampuan mengunyah keras : Tampak pasien mampu mengunyah keras, teraba tonus otot musculus masseter
- i. Lidah : Tampak kotor
- j. Pharing : Tidak tampak peradangan pharing
- k. Kelenjar getah bening : Tidak tampak pembesaran kelenjar getah bening, tidak teraba pembesaran kelenjar getah bening.
- l. Kelenjar parotis : Tidak tampak pembesaran kelenjar parotis
- m. Abdomen :
  - 1) Inspeksi : Tampak tidak buncit, tidak tampak adanya penonjolan, asites, massa, bayangan vena
  - 2) Auskultasi : Terdengar peristaltik usus 15x/menit
  - 3) Palpasi : Teraba nyeri pada bagian hipogastrika, tidak teraba pembesaran hepar, lien dan tidak ada nyeri tekan lepas.
  - 4) Perkusi : Tympani, terasa nyeri pada perkusi ginjal
- n. Kulit :
  - 1) Edema : Negatif
  - 2) Ikterik : Negatif
  - 3) Tanda-tanda radang : Tidak tampak tanda peradangan
- o. Lesi : Tidak tampak lesi

### C. Pola Eliminasi

#### 1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lunak, pasien mengatakan BAK 3-5 kali perhari dengan warna kuning kecoklatan. Tapi sejak +- 4 bulan yang lalu pasien merasakan nyeri saat



berkemih, dan 1 minggu yang lalu merasakan nyeri semakin memberat ketika ingin BAK dan sering BAK tetapi sedikit-sedikit

## 2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak masuk RS baru sekali BAB, dan tidak konstipasi. Pasien mengatakan feses cair sedikit ampas. Pasien mengatakan saat BAK tidak dapat merasakan keinginan untuk berkemih karena menggunakan kateter.

## 3. Observasi

- a. Tampak pasien terpasang kateter threeway.
- b. Tampak hasil pemantauan spooling pukul 14.30-21.00 WITA sebanyak 5.000 cc.
- c. Tampak spooling berwarna merah segar.
- d. Tampak urine tertampung di *urine bag* sebanyak 1500 cc.
- e. Tampak urine berwarna kuning kemerahan.

## 4. Pemeriksaan fisik

- a. Peristaltik usus: 15x / menit
- b. Palpasi kandung kemih: kosong
- c. Nyeri ketuk ginjal: Negatif
- d. Mulut uretra: Tidak dikaji
- e. Anus
  - 1) Peradangan: Tampak tidak ada peradangan
  - 2) Hemoroid: Tampak tidak ada hemoroid
  - 3) Fistula: Tampak tidak ada fistula

## D. Pola Aktivitas Dan Latihan

### 1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan dia seorang pensiunan dan sebelum sakit biasanya pasien menghabiskan waktu

dirumah bersama anak cucu dengan menonton TV atau sekedar berjalan-jalan disekitar rumah.

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit dia tidak mampu melakukan aktivitas karena nyeri yang dirasakan pada daerah post op TURP bagian abdomen bawah tembus kebelakang. Keluarga pasien mengatakan dokter menganjurkan untuk bedrest total 24 jam setelah operasi. Pasien dianjurkan boleh melakukan mobilisasi ringan setelah 24 jam di tempat tidur dan pasien diperbolehkan untuk makan dan minum

3. Observasi :

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur

a. Aktivitas harian :

- |                               |     |
|-------------------------------|-----|
| 1) Makan                      | : 2 |
| 2) Mandi                      | : 2 |
| 3) Pakaian                    | : 2 |
| 4) Kerapihan                  | : 2 |
| 5) Buang air kecil            | : 3 |
| 6) Buang air besar            | : 3 |
| 7) mobilisasi di tempat tidur | : 2 |

0 : Mandiri
1 : Bantuan dengan alat
2 : Bantuan orang
3 :Bantuan alat dan orang
4 : Bantuan penuh

b. Postur tubuh : Tampak tegap

c. Gaya jalan : Tidak dikaji, karena pasien terbaring

d. Anggota gerak yang cacat : Tidak ada anggota gerak yang cacat

e. Fiksasi : Tampak tidak ada fiksasi

f. Tracheostomi : Tidak ada

4. Pemeriksaan fisik

a. Tekanan darah

Berbaring : 129/83 mmHg

Duduk : Tidak dikaji

Berdiri : Tidak dikaji

Kesimpulan : -

b. HR : 112x /menit

c. Kulit :

Keringat dingin : Tampak tidak ada keringat dingin

JVP : 5-2 cmH<sub>2</sub>O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel jantung memadai

d. Perfusi pembuluh kapiler kuku : Kembali kurang dari 3 detik

e. Thorax dan pernapasan

1) Inspeksi :

Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kanan

Retraksi interkostal : Tidak tampak retraksi interkostal

Sianosis : Tampak tidak sianosis

Stridor : Tampak tidak stridor

2) Palpasi :

Vocal premitus :Teraba sama pada kedua lapang paru

Krepitasi : Tidak teraba adanya krepitasi

3) Perkusi : Sonor

Lokasi : Dada

4) Auskultasi :

Suara napas : Vesikular

Suara ucapan : Normal

Suara tambahan :Tidak terdengar suara napas tambahan

f. Jantung

1) Inspeksi

Ictus cordis :Tidak tampak ictus cordis

2) Palpasi

Ictus cordis : Teraba 112x /menit

## 3) Perkusi

Batas atas jantung :ICS 2 linea sternalis sinistra

Batas bawah jantung :ICS 5 linea mid-clavicularis dextra

Batas kanan jantung :ICS 2 linea sternalis dextra

Batas kiri jantung :ICS linea mid-clavicularis sinistra

## 4) Auskultasi

Bunyi jantung IIA :Tunggal ICS 2 linea sternalis dextra

Bunyi jantung IIP :Tunggal ICS 2 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung IT :Tunggal ICS 4 linea sternalis sinistra

Bunyi jantung IM :Tunggal ICS linea mid-clavicularis sinistra

Bunyi jantung III irama gallop :Tidak terdengar bunyi gallop

Murmur :Tidak terdengar bunyi murmur

Bruit :

Aorta : Tidak terdengar

A.Renalis : Tidak terdengar

A.Femoralis : Tidak terdengar

## g. Lengan dan tungkai

1) Atrofi : Negatif

2) Rentang gerak

Kaku sendi : Tidak terdapat kekakuan sendi

Nyeri sendi : Tidak terdapat nyeri sendi

Fraktur : Tidak terdapat fraktur

Parese : Tidak terdapat parese

Paralisisi: Tidak terdapat paralisis

3) Uji kekuatan otot

Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan:

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

Refleks fisiologi : Positif

Refleks Patologi : Negatif

Babinski kiri : Negatif

Kanan : Negatif

Clubbing fingers : Tidak tampak adanya clubbing

Finger Varises tungkai : Tidak tampak adanya varises tungkai

h. Columna vertebralis

Inspeksi :  Lordosis  Kiposis  Skoliosis

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Kaku kuduk : Tidak ada kaku kuduk

## E. Pola Tidur Dan Istirahat

### 1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidur teratur, tidur sekitar 6-8 jam setiap malam dan Tidur siang +- 30 menit setiap hari, dan jika ada waktu luang pasien biasanya menghabiskan waktunya untuk beristirahat di rumah seperti menonton TV

### 2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit ia gelisah dan kesulitan untuk tidur karena nyeri operasi yang dirasakan. Pasien terkadang tidur siang dan tidur malam +-7 jam tapi sering terbangun.

### 3. Observasi:

Tampak pasien meringis

Ekspresi wajah ngantuk : positif

Banyak menguap : positif

Palpebra inferior berwarna gelap : negative

## F. Pola Persepsi Kognitif

### 1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit dia tidak ada masalah pada bahasa dan memori serta pada indra peraba, pendengaran, pengecapan, dan penciuman namun menggunakan alat bantu penglihatan seperti kaca mata terutama saat berkendara atau membaca karena pasien memiliki masalah penglihatan yaitu rabun jauh.

### 2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit, pasien mampu mengenali anggota keluarga, lingkungan dan waktu. Pasien juga mengatakan menggunakan alat bantu penglihatan seperti kaca mata saat menggunakan HP. Pasien

mengatakan tidak ada masalah pada bahasa dan memori serta pada indra peraba, pendengaran, pengecap, dan penciuman. Pasien mengatakan nyeri pada daerah post op dibawah perut bawah dan semakin memberat saat bergerak, rasanya seperti tertusuk-tusuk dengan skala 7 dan dirasakan menetap. Pasien mengatakan untuk mengatasi nyerinya pasien mengatur posisi senyaman mungkin.

### 3. Observasi :

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu dan penglihatan tampak pasien dapat berbicara dengan baik dan jelas. Tampak orientasi lingkungan, waktu dan orang baik. tampak meringis saat nyeri dirasakan.

### 4. Pemeriksaan fisik :

#### a. Penglihatan

- 1) Kornea : Tampak bersih
- 2) Pupil : Isokor, Reflek cahaya positif
- 3) Lensa mata : Tampak Jernih
- 4) Tekanan intra okuler (TIO) : Tekanan teraba sama kiri dan kanan

#### b. Pendengaran

- 1) Pina : Tampak bersih
- 2) Kanalis : Tampak bersih
- 3) Membran timpani : Memantulkan cahaya (olipser)

#### c. Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai :

Pasien mampu merasakan gerakan pada kedua lengan dan tungkai

## G. Pola Persepsi Dan Konsep Diri

### 1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan dirinya adalah seorang kepala keluarga yang memiliki orang anak. Pasien mengatakan

selalu bersyukur atas apa yang dia miliki dan menerima segala kekurangan yang dia miliki.

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak mampu menjalankan aktivitasnya seperti biasa. Pasien mengatakan berharap agar segera sembuh untuk bisa kembali melakukan aktivitasnya seperti biasa.

3. Observasi :

Tampak pasien berbaring lemah ditempat tidur

- a. Kontak mata : Penuh, baik
- b. Rentang perhatian : Penuh, baik
- c. Suara dan cara bicara : Suara jelas, cara bicara jelas
- d. Postur tubuh : Tegap

4. Pemeriksaan fisik :

- a. Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
- b. Bentuk/postur tubuh : Pasien berbaring lemah ditempat tidur
- c. Kulit : Bersih dan tidak ada lesi

#### H. Pola Peran Dan Hubungan Dengan Sesama

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan hubungan pasien dengan keluarganya tidak ada masalah, karena istri anak- anaknya sangat ceria dan suka bercanda saat berkumpul bersama. Pasien juga mengatakan akrab dengan tetangga dan masyarakat yang ada di sekitar lingkungan rumahnya

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit hubungan pasien dengan keluarga tetap terjalin dengan baik dan tidak ada masalah bahkan kerabatnya sering datang menjenguk dan menelfon untuk menanyakan kabar pasien.



### 3. Observasi :

Tampak anak dan istri dari pasien selalu bergantian menemani pasien, tampak ada keluarga yang datang mengunjungi pasien sesekali.

## I. Pola Reproduksi Dan Seksualitas

### 1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit dia tidak memiliki masalah pada reproduksi dan seksualitas, serta pasien memiliki 5 orang anak.

### 2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit tidak memiliki masalah seksualitas, pasien juga mengatakan karena sudah usia lanjut tidak ada pemikiran terkait seksualitas, tetapi pada bagian sistem reproduksi pasien mengalami nyeri post op.

### 3. Observasi :

Tidak tampak adanya perilaku menyimpang

Tampak pasien terpasang kateter

### 4. Pemeriksaan fisik: Tidak dikaji

## J. Pola Mekanisme Koping Dan Toleransi Terhadap Stres

### 1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan sebelum sakit jika dia memiliki masalah dalam keluarga dia selalu menceritakan ke istri atau ke anaknya dan akan duduk bersama-sama untuk membicarakannya dan sama-sama mencari solusi.

### 2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan merasa cemas terhadap penyakit dan pengobatan yang dijalani. Pasien mengatakan kadang kasihan dengan istrinya karena terlalu khawatir dengan penyakit pasien, pasien juga mengatakan selalu

menceritakan apa yang dialami sekarang dengan istri dan anaknya. Pasien hanya mengatakan pasrah dan berdoa agar lekas sembuh dan bisa beraktivitas seperti biasanya.

3. Observasi :

Tampak ekspresi wajah pasien murung.

K. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan dia menganut agama katolik, pasien mengatakan sebelum sakit setiap hari minggu dia selalu ke gereja dan aktif dalam kegiatan yang ada di gereja.

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit pasien selalu berdoa untuk meminta kesembuhan kepada Tuhan dan sering membaca alkitab dan mendengarkan renungan yang ada di dalam Hpnya.

3. Observasi :

Tampak pasien suka mendengarkan renungan dari Hpnya.

V. Uji Saraf Kranial

a. N I : Olfaktorius

Pasien mampu mencium aroma minyak kayu putih yang diberikan.

b. N II : Optikus

Tampak pasien bisa membaca tulisan yang berada pada papan nama perawat dengan font 12 dengan jarak 30 cm.

c. N III, IV, VI : Oculomotoris. Troclearis, Abducens

Pasien mampu menggerakkan bola mata ke segala arah, diameter pupil  $\pm$  3 mm, refleks cahaya positif, refleks akomodasi positif.

d. N V: Trigeminus

Sensorik :

Pasien mampu menunjukkan lokasi tisu yang digores pada wajah dengan mata tertutup.

Motorik :

Kemampuan menggigit pasien baik, teraba tonus muskulus masseter saat pasien menggigit.

e. N VII : Facialis

Sensorik :

Pasien mampu menebak rasa asin atau manis.

Motorik :

Pasien mampu mengangkat alis, mengerutkan dahi, mencucurkan bibir, tersenyum dan mengembungkan pipi.

f. N VIII : Vestibulo-Akustikus Vestibularis

Pasien mampu menunjukkan lokasi gesekan tangan perawat, pasien tidak mampu berdiri dan berjalan karena baru selesai operasi.

g. N IX,X : Glossopharingeus dan vagus

Tampak uvula berada ditengah, kemampuan menelan pasien baik, tidak tampak adanya gangguan menelan.

h. N XI : Accessorius

Pasien mampu mengangkat bahu kiri dan kanan secara bergantian, dan mampu menggerakkan kepala.

i. N XII : Hypoglossus

Pasien mampu menjulurkan lidah dan mendorong pipi dengan lidah dari dalam.

## VI. Pemeriksaan Penunjang

## A. Pemeriksaan laboratorium tanggal 29 April 2024

## Hematologi

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
WBC	8.66	$10^3/uL$	5.07-11.10
RBC	4.43	$10^6/uL$	4.70-6.10
HB	14.2	g/dL	13.4-17.3
HCT	38.2	%	39.9-51.1
MCV	86.2	fL	73.4-91.0
MCH	32.1	Pg	24.2-31.2
MCHC	37.2	g/dL	31.9-36.0
PLT	306	$10^3/uL$	150-450
RDW-CV	12.5	%	11.3-14.6
PDW	8.1	fL	9.0-13.0
MVP	8.4	fL	7.2-11.1
P-LCR	12.3	%	15.0-25.0
NEUT#	5.57	$10^3/UI$	2.72-7.53
LYMP#	2.18	$10^3/uL$	1.46-3.73
MONO#	0.64	$10^3/uL$	0.33-0.91
EO#	0.23	$10^3/uL$	0.04-0.43
BASO#	0.04	$10^3/uL$	0.02-0.09
IG#	0.01	$10^3/uL$	-
NEUT%	64.2	%	42.5—71.0
LYMPH%	25.2	%	20.40-44.60
MONO%	7.4	%	3.60-9.90
E0%	2.7	%	0.7-5.4
BASO%	0.5	%	0.00-1.00
IG%	0.1	%	0-72

B. Pemeriksaan laboratoium tanggal 29 April 2024

Kimia darah

Elektrolit

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Natrium darah	133	mmol/L	135.0-145.0
Kalium darah	3.3	mmol/L	3.5-5.1
Klorida darah	95	mmol/L	97.0-111.0

C. Pemeriksaan USG abdomen

Hepar: ukuran normal outline licin, echo normal, vaskulatur dan bile duct tidak dilatasi, tak tampak massa atau nodul

Lien: ukuran normal, echo normal tak tampak massa

Pancreas ukuran dan echo normal. Tak tampak klasifikasi atau SOL. Pancreatic duct tidak dilatasi

GB: dinding tidak menebal echo normal tak tampak batu atau massa

Ginjal kanan dan kiri: ukuran dan echo normal, tak tampak bendungan PCS, batu atau massa.

VU: dinding tidak menebal, echo free, tak tampak batu atau massa

Prostat besar, volume 17,18 ml, outline licin, echo normal, tampak kalsifikasi dibagian tengah

Tak tampak targetcell like atau pseudokidney appearance

Tak tampak pembesaran kelenjar limfe para aorta abdominalis

Tak tampak free echoic intra cav.peritonium

Kesan:

Hipertropi prostat

Klasifikasi bagian tengah prostat. DD: batu uretra pars posterior

## VII. Terapi

### A. Terapi Obat

#### 1. Ceftriaxone

Ceftriaxone adalah obat antibiotik beta-laktam golongan sefalosporin generasi ketiga berspektrum luas yang efek kerjanya dapat mencapai sistem saraf pusat, obat ini dapat digunakan secara intravena ataupun intramuskuler. Obat golongan ini dapat melakukan penetrasi ke dalam jaringan, cairan tubuh, cairan serebrospinal serta dapat menghambat bakteri patogen gram negatif dan positif.

Cara kerja ceftriaxone yakni menghambat sintesis dinding sel bakteri dengan cara menghambat transpeptidasi peptidoglikan dan mengaktifkan enzim autolitik dalam dinding sel yang menyebabkan ruda paksa sehingga bakteri mati (Brahmana & Setyawati, 2020).

- a. Klasifikasi/golongan obat: Ceftriaxone merupakan obat antibiotik golongan sefalosporin
- b. Dosis umum: 1-2 gr/hari dengan suntikan melalui IV setengah sampai 2 jam sebelum operasi
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 gr/12 jam/IV
- d. Cara pemberian obat: Dengan cara suntikan, dapat melalui IM atau IV
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Cara kerja ceftriaxone yakni menghambat sintesis dinding sel bakteri dengan cara menghambat transpeptidasi peptidoglikan dan mengaktifkan enzim autolitik dalam dinding sel yang menyebabkan ruda paksa sehingga bakteri mati dan dapat juga digunakan untuk mencegah infeksi pada luka operasi.
- f. Alasan pemberian obat pada pasien bersangkutan: Untuk

mencegah infeksi pada luka operasi pasien.

g. Kontra indikasi :

- 1) Memiliki riwayat alergi terhadap Ceftriaxone atau antibiotik golongan sefalosporin
- 2) Penderita penyakit liver, ginjal, diabetes, dan gangguan pencernaan seperti kolitiasis
- 3) Pada bayi premature dan bayi yang berusia <1 bulan

h. Efek samping obat :

- 1) Nyeri perut
- 2) Mual- muntah
- 3) Diare
- 4) Pusing
- 5) Mengantuk
- 6) Sakit kepala
- 7) Muncul keringat berlebihan
- 8) Sesak nafas
- 9) Demam

i. Pemberian obat ceftriaxone untuk diagnosa kedua yang bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi setelah dilakukan operasi

## 2. Ketorolac

Ketorolac merupakan NSAID (*Non Steroid Anti Inflamasi Drug*) dengan efek analgesik kuat disertai aktivitas anti inflamasi sedang. Obat ini digunakan untuk meredakan nyeri dan peradangan. Obat ini sering digunakan setelah operasi atau prosedur medis yang biasa menyebabkan nyeri (Ivan et al., 2021).

a. Klasifikasi/golongan obat: Ketorolac merupakan obat golongan antiinflamasi nonsteroid (OAINS) yang tersedia dalam bentuk tablet dan suntikan.

- b. Dosis umum:
  - 1) Dosis suntikan: 10-30 mg setiap 4-6 jam, jika diperlukan pemberian ketorolac bisa dilakukan setiap 2 jam. Dosis maksimal 90 mg/hari
  - 2) Dosis tablet: 10-20 mg setiap 4-6 jam. Dosis maksimal 40mg/hari
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 amp/2ml/8 jam/IV
- d. Cara pemberian obat: Dapat melalui suntikan atau drips
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat: Ketorolac berkerja dengan cara menghambat produksi senyawa kimia yang bisa menyebabkan peradangan dan rasa nyeri.
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Untuk meredakan rasa nyeri yang dialami pasien setelah melakukan operasi.
- g. Kontra indikasi:
  - 1) Alergi terhadap obat ketorolac
  - 2) Memiliki riwayat luka atau tukak lambung dan perdarahandi saluran cerna
  - 3) Penderita gagal ginjal
  - 4) Penderita gagal jantung
- h. Efek samping obat
  - 1) Nyeri perut
  - 2) Mual dan muntah
  - 3) Tekanan darah meningkat
  - 4) Diare
  - 5) Sakit kepala
  - 6) Muncul memar, rasa terbakar atau nyeri pada lokasi injeksi
- i. Pemberian obat ketorolac untuk diagnosa pertama yang bertujuan untuk mengurangi nyeri pada pasien.



### 3. Paracetamol

Paracetamol adalah obat yang berfungsi untuk meredakan demam dan nyeri, termasuk untuk mengobati nyeri haid hingga sakit gigi yang tersedia dalam bentuk tablet, kaplet, sirup, drops, infus. Obat ini diketahui dapat menurunkan suhu tubuh seseorang yang mengalami demam dengan bekerja pada pusat pengaturan suhu yang ada pada otak. Paracetamol juga dapat meredakan nyeri dengan cara menghambat pembentukan prostaglandin.

- a. Klasifikasi/golongan obat: paracetamol merupakan obatgolongan Analgetik dan antipiretik yang tersedia dalam bentuk tablet, kaplet, sirup, drops, infus.
- b. Dosis umum:
  - 1) Dewasa dan anak di atas 12 tahun: 1-2 tablet/kaplet, 3-4 kali per hari
  - 2) Anak 6-12 tahun:  $\frac{1}{2}$ -1 tablet/kaplet, 3-4 kali per hari
- c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan: 1 tab/oral/16 jam/IV
- d. Cara pemberian obat: Dapat melalui oral, dan infus
- e. Mekanisme kerja dan fungsi obat: mekanisme kerja obat ini memengaruhi pusat pengaturan suhu di hipotalamus untuk menurunkan suhu tubuh saat demam (antipiretik). Paracetamol juga dapat menghambat produksi prostaglandin, senyawa yang dapat menyebabkan nyeri ringan hingga sedang (analgesik).
- f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan: Untuk meredakan demam dan rasa nyeri yang dialami pasien setelah melakukan operasi.
- g. Kontra indikasi  
Paracetamol tidak dapat digunakan pada pasien yang

memiliki hipersensitivitas terhadap paracetamol dan penyakit hepar aktif derajat berat

h. Efek samping obat

- 1) Kelelahan,
- 2) Reaksi alergi, meliputi kulit gatal dan ruam
- 3) Mual dan muntah,
- 4) Sakit perut,
- 5) Potensi kerusakan hati dan ginjal.

i. Pemberian obat ketorolac untuk diagnosa pertama yang bertujuan untuk mengurangi nyeri pada pasien

B. Terapi Cairan

1. RL (Ringer Laktat)

Cairan RL adalah cairan kristaloid yang mengandung kalsium, kalium, laktat, natrium, klorida dan air. Cairan ini merupakan cairan yang dapat diberikan pada pasien dengan kondisi memerlukan cairan dalam jumlah besar karena merupakan cairan yang paling fisiologis yaitu hampir menyerupai komposisi cairan dalam tubuh. RL banyak digunakan sebagai *replacement therapy*, antara lain untuk syok hipovolemik, diare, trauma, dan luka bakar. Laktat yang terdapat di dalam larutan RL akan dimetabolisme oleh hati menjadi bikarbonat yang berguna untuk memperbaiki keadaan seperti asidosis metabolik. Kalium yang terdapat di dalam RL tidak cukup untuk pemeliharaan sehari-hari, apalagi untuk kasus defisit kalium. Larutan RL tidak mengandung glukosa, sehingga bila akan dipakai sebagai cairan rumatan, dapat ditambahkan glukosa yang berguna untuk mencegah terjadinya ketosis.

## 2. NaCl 0,9 % (Natrium Chlorida)

NaCl 0,9 % adalah cairan kristaloid yang mengandung natrium dan klorida. NaCl 0,9% juga merupakan cairan pilihan untuk kasus trauma kepala dan sebagai pengencer sel darah merah sebelum transfusi karena tidak mengandung kalsium sehingga tidak timbul kemungkinan terjadinya gangguan dengan antikoagulan sitrat. Resusitasi menggunakan cairan ini dalam jumlah yang banyak akan menimbulkan asidosis metabolik hiperkloremik. Cairan ini memiliki beberapa kekurangan, yaitu tidak mengandung  $\text{HCO}_3^-$ , tidak mengandung  $\text{K}^+$ , dapat menimbulkan asidosis hiperkloremik, asidosis dilusional, dan hipernatremi (Posangi, 2021).

### C. Analisa Data

Nama/ Umur : Tn. S/ 67 Tahun

Ruang/ Kamar : Yoseph 6/ 6003

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh nyeri</li> </ul> <p>P: Pasien mengatakan nyeri post op BPH</p> <p>Q: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: Pasien mengatakan nyeri post op pada daerah perut bagian bawah tembus ke belakang pinggang</p> <p>S: Pasien mengatakan skala nyeri 7</p> <p>T: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan menetap dan merasakan nyeri bertambah ketika bergerak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan kurang tidur karna nyeri yang dirasakan</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Tampak pasien gelisah</li> <li>- Pasien terpasang kateter</li> <li>- Observasi tanda-tanda vital</li> </ul> <p>TD : 129/83 mmHg</p> <p>N : 112x/ menit</p> <p>S : 36,3°C</p> <p>P : 20 x/menit</p>	<p>Agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p>	<p>Nyeri Akut</p>
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sering minum sehingga bisa banyak BAK</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terpasang kateter.</li> </ul>	-	<p>Kesiapan Peningkatan Eliminasi Urin</p>

3.	DS:- DO: - Pasien terpasang kateter. - Urine pasien yang terampung di <i>urine bag</i> sebanyak 1500cc. - Urine berwarna kemerahan	Tindakan pembedahan	Resiko Pendarahan
----	--	---------------------	-------------------

**D. Diagnosa Keperawatan**

Nama/ Umur : Tn. S/ 67 Tahun

Ruang/ Kamar : Yoseph 6/ 6003

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur pembedahan) d.d pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, tampak gelisah dan sulit tidur. (D.0077)
2.	Kesiapan peningkatan eliminasi urin d.d pasien ingin meningkatkan eliminasi urin, jumlah dan karakteristik urin normal. (D.0048)
3.	Risiko perdarahan d.d tindakan pembedahan. (D.0012)

### E. Intervensi Keperawatan

Nama/ Umur : Tn. S/ 67 Tahun

Ruang/ Kamar : Yoseph 6/ 6003

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	<p>Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur pembedahan) d.d (D.0077)</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh nyeri</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri ketika bergerak</li> <li>- Pasien mengatakan seperti tertusuk-tusuk</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri diperut bagian bawah</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada skala 7</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri dirasakan menetap</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Tampak pasien gelisah</li> <li>- Pasien</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan nyeri menurun</li> <li>- Meringis cukup menurun</li> <li>- Gelisah cukup menurun</li> <li>- Kesulitan tidur cukup menurun (L.08066)</li> </ul>	<p>Manajemen Nyeri (1.08238)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Identifikasi respon nyeri non-verbal</li> </ul> </li> <li>2. Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. Teknik relaksasi Benson)</li> <li>- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ul> </li> <li>3. Edukasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> </ul> </li> <li>4. Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul> </li> </ol>

	terpasang kateter		
2.	<p>Kesiapan peningkatan eliminasi urin d.d (D.0048)</p> <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sering minum sehingga bisa banyak BAK</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak spooling berwarna kuning kemerahan</li> <li>- Tampak pasien terpasang kateter</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan eliminasi urin membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensasi berkemih cukup meningkat</li> <li>- Frekuensi BAK cukup membaik</li> <li>- Disuria cukup menurun</li> <li>- Karakteristik urin cukup membaik (L.04034)</li> </ul>	<p>Manajemen Eliminasi Urin (L.04152)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor eliminasi urin (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)</li> </ul> </li> <li>2. Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <li>- Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih</li> </ul> </li> <li>4. Edukasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih (melakukan bladder training)</li> <li>- Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi</li> </ul> </li> </ol> <p>Perawatan Kateter Urin (I.04164)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kepatenan kateter urin</li> <li>- Monitor input dan output cairan (jumlah dan karakteristik)</li> </ul> </li> <li>2. Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pastikan selang kateter dan kantung urin terbebas dari lipatan</li> <li>- Pastikan kantung urine diletakkan dibawah ketinggian kandung kemih dan tidak di lantai</li> <li>- Lakukan irigasi rutin</li> </ul> </li> </ol>



			<p>dengan cairan Isotonis untuk mencegah kolonisasi bakteri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kosongkan kantung urin jika kantung sudah terisi setengahnya</li> </ul>
3.	<p>Risiko perdarahan d.d faktor risiko tindakan pembedahan (D.0012)</p> <p>DS: -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terpasang kateter.</li> <li>- Urine pasien yang terampung di <i>urine bag</i> sebanyak 1500cc.</li> <li>- Urine berwarna kemerahan</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat perdarahan menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hematuria cukup menurun.</li> <li>- Pendarahan pasca operasi cukup menurun (L.02017)</li> </ul>	<p>Pencegahan Perdarahan (1.02067)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> </ul> </li> <li>2. Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan bedrest selama perdarahan</li> </ul> </li> <li>3. Edukasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> <li>- Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan</li> </ul> </li> <li>4. Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu</li> </ul> </li> </ol>

## F. Implementasi Keperawatan dan Evaluasi

Implementasi Hari 1

Nama/ Umur : Tn. S/ 67 Tahun

Ruang/ Kamar : Yoseph 6/ 6003

Tanggal	Dx	Waktu	Implementasi Keperawatan	Nama perawat
01/05/2024	I	14.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan TTV: H/: TD: 129/83 mmHg N: 112x/menit S: 36,3°C P: 20 x/menit</li> </ul>	Mardiana
	I	14.40	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri H/: P: Pasien mengatakan nyeri post op BPH Q: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk R: Pasien mengatakan nyeri post op pada daerah perut bagian bawah tembus ke belakang pinggang S: Pasien mengatakan skala nyeri 7 T: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan menetap dan merasakan nyeri bertambah ketika bergerak</li> </ul>	Maria
	I	15.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan kurang tidur karna nyeri yang dirasakan</li> <li>Mengidentifikasi respon nyeri non verbal H/: - Tampak ekspresi wajah pasien meringis - Tampak pasien gelisah</li> </ul>	Maria
	I	15.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan</li> </ul>	Maria

			memperingan nyeri H/: Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang saat beristirahat dan setelah diberikan obat anti nyeri	
	I	15.15	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengajarkan teknik non farmakologis yaitu Teknik Relaksasi Benson untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> H/: pasien mengatakan merasa sedikit nyaman dan nyeri sedikit berkurang setelah diberikan teknik relaksasi Benson	Maria
	I	15.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memfasilitasi istirahat dan tidur</li> </ul> H/: Pasien mengatakan akan beristirahat dan sudah merasa nyaman dengan suasana kamar yang tidak terlalu bising, suhu dan cahaya lampu kamar yang tidak terlalu terang	Maria
	II	16.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pemberian obat</li> </ul> H/: Pasien diberikan obat: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ceftriaxone/1gr/IV/12 jam</li> <li>- Ketorolac/1 amp/IV/8 jam</li> <li>- Paracetamol/1 tab/Oral/16 jam</li> </ul>	Mardiana
	I	17.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi kembali skala nyeri yang dirasakan setelah pemberian terapi relaksasi benson dan pemberian obat anti nyeri</li> </ul> H/: Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan sedikit menurun dari 7 menjadi 6	Mardiana
	III	18.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memonitor eliminasi urin (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)</li> </ul> H/:-Tampak urine tertampung di urine bag sebanyak 2600 cc <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak urine pasien</li> </ul>	Mardiana

	III	18.15	<p>berwarna kuning kemerahan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mengosongkan urine bag</li> </ul> <p>H/: Urin pasien telah dibuang sebanyak 2600 cc</p>	Maria
	III	18.25	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memonitor kepatenan kateter urine</li> </ul> <p>H/: tampak kateter pasien terpasang dengan baik tanpa ada lipatan</p>	Mardiana
	III	18.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memastikan urine bag diletakkan dibawa ketinggian kandung kemih dan tidak dilantai</li> </ul> <p>H/: Tampak urine bag pasien tergantung di bawah samping tempat tidur pasien</p>	Maria
	III	19.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan irigasi rutin dengan cairan isotonik untuk mencegah pendarahan</li> </ul> <p>H/: tampak pasien terpasang cairan Nacl 0,9% untuk spoling</p>	Mardiana
	III	19.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memonitor tanda dan gejala pendarahan</li> </ul> <p>H/: tampak urine pasien berwarna kemerahan</p>	Mardiana
	II	21.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memonitor input dan output cairan</li> </ul> <p>H/:</p> <p>Input:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil pemantauan spooling pukul 14.30-21.00 WITA sebanyak +4000 cc</li> <li>- Cairan infus 450 cc</li> <li>- Terapi injeksi 100 cc</li> <li>- AM: 5x68 kg = 340 cc</li> <li>- Makan+minum : 800 cc</li> </ul> <p>Total :5690 cc</p> <p>Output:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Urine pasien jam 14.00-18.00: 2600 cc</li> <li>- urine pasien jam 18.00-20.40 sebanyak 1800 cc</li> <li>- IWL: 15x68 kg = 1020 cc</li> </ul>	Mardiana & Maria

			<p>Total: 5420 cc  Balance cairan 14.00-21.00  Input - output  5690-5420= 270 cc</p>	
	I	24.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemberian obat <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ceftriaxone/1gr/IV/12 jam</li> <li>- Ketorolac/1 amp/IV/8 jam</li> </ul> </li> </ul>	Perawat
	III	06.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor input dan output cairan</li> </ul> <p>H/:</p> <p>Input:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil pemantauan spooling pukul 21.00- 06.00 WITA sebanyak +5000 cc</li> <li>- Cairan infus 500 cc</li> <li>- Terapi injeksi 100 cc</li> <li>- AM: 5x68 kg = 340 cc</li> <li>- Makan+minum : 600 cc</li> </ul> <p>Total :6540 cc</p> <p>Output:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Urine pasien jam 21.00-06.00 = 5300 cc</li> <li>- IWL: 15x68 kg = 1020 cc</li> </ul> <p>Total: 5020 cc</p> <p>Balance cairan 21.00-06.00  Input – output  6540-6320= 220 cc</p>	Perawat

## Evaluasi hari 1

Nama/ Umur : Tn. S/ 67 Tahun

Ruang/ Kamar : Yoseph 6/ 6003

Tanggal	Dx	Evaluasi	Nama Perawat
01/05/2024	Nyeri akut	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: Pasien mengatakan nyeri post op BPH</li> <li>Q: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk</li> <li>R: Pasien mengatakan nyeri post op pada daerah perut bagian bawah tembus ke belakang pinggang</li> <li>S: Pasien mengatakan skala nyeri 6</li> <li>T: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan menetap dan merasakan nyeri bertambah ketika bergerak</li> </ul> <p>- Pasien mengatakan kurang tidur karna nyeri yang dirasakan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak ekspresi wajah pasien meringis</li> <li>- Tampak pasien gelisah</li> </ul> <p>A:</p> <p>Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi, manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dan skala nyeri</li> <li>- Identifikasi respon nyeri non verbal</li> </ul>	Mardiana & Maria

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi benson)</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul>	
	Kesiapan peningkatan eliminasi urin	<p>S: Pasien mengatakan belum siap dalam meningkatkan eliminasi urine karena belum merasakan keinginan untuk berkemih</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak terpasang kater</li> <li>- Tampak terpasang cairan irigasi Nacl 0,9%</li> <li>- Jumlah urine dari jam 14.00-20.40 = 4400 cc</li> </ul> <p>A: Masalah kesiapan peningkatan eliminasi urine belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen eliminasi urine</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor eliminasi urine</li> <li>- Monitor kepatenan kateter urine</li> <li>- Monitor input dan output cairan</li> <li>- Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontra indikasi</li> <li>- Lakukan irigasi rutin dengan cairan isotonis untuk mencegah kolonisasi berkemih</li> <li>- Kosongkan kantung urin jika sudah terisi setengahnya</li> </ul>	Mardiana & Maria

	Risiko perdarahan	<p>S: Pasien mengatakan belum terlalu memahami dan mengerti tanda dan gejala perdarahan</p> <p>O: Tampak urin berwarna kemerahan</p> <p>A: Masalah risiko perdarahan teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi pencegahan perdarahan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> <li>- Pertahankan bedrest selama perdarahan</li> <li>- Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> <li>- Anjurkan melapor jika terjadi perdarahan</li> </ul>	Mardiana & Maria
--	-------------------	--	------------------

## Implementasi hari ke-2

Nama/ Umur : Tn. S/ 67 Tahun

Ruang/ Kamar : Yoseph 6/ 6003

Tanggal	Dx	Waktu	Implementasi Keperawatan	Nama perawat
02/05/2024	I	08.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan TTV:               <ul style="list-style-type: none"> <li>H/:</li> <li>TD: 122/80 mmHg</li> <li>N: 109x/menit</li> <li>S: 36,3°C</li> <li>P: 20 x/menit</li> </ul> </li> </ul>	Maria
	I	08.15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>H/:</li> <li>- P: Pasien mengatakan nyeri post op BPH</li> <li>Q: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk</li> <li>R: Pasien mengatakan nyeri post op pada daerah perut bagian</li> </ul>	Maria



			bawah tembus ke belakang pinggang S: Pasien mengatakan skala nyeri 6 T: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan menetap dan merasakan nyeri bertambah ketika bergerak	
	I	08.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan kurang tidur karna nyeri yang dirasakan</li> <li>• Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> </ul>	Maria
	I	08.25	<ul style="list-style-type: none"> <li>H/: - Tampak ekspresi wajah pasien meringis</li> <li>-Tampak pasien gelisah</li> <li>• Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ul>	Maria
	I	08.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>H/: Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang saat beristirahat dan setelah diberikan obat anti nyeri</li> <li>• Memberikan teknik non farmakologis yaitu teknik relaksasi Benson untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul>	Maria
	I	09.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>H/: pasien mengatakan merasa nyaman dan rileks setelah diberikan teknik relaksasi Benson</li> <li>• Melakukan pemberian obat</li> <li>H/: Pasien diberikan obat: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ceftriaxone 1gr/IV/12 Jam</li> <li>- Ketorolac/1 amp/IV/8 jam</li> <li>- Paracetamol/1 tab/Oral/16 jam</li> </ul> </li> </ul>	Maria
	I	10.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi kembali skala nyeri yang dirasakan setelah pemberian terapi relaksasi benson dan pemberian obat anti nyeri</li> <li>H/:</li> </ul>	Maria
	II	10.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan sedikit menurun dari 6 menjadi 5</li> <li>• Memfasilitasi istirahat dan tidur</li> </ul>	Maria

			<p>H/: Pasien mengatakan akan beristirahat dan sudah merasa nyaman dengan suasana kamar yang tidak terlalu bising, suhu dan cahaya lampu kamar yang tidak terlalu terang</p>	
	II	11.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor eliminasi urin (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)</li> </ul> <p>H/: -Tampak urine tertampung di urine bag sebanyak 2000 cc -Tampak urine pasien berwarna kuning kemerahan</p>	Maria
	III	11.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengosongkan urine bag</li> </ul> <p>H/: Urin pasien telah dibuang sebanyak 2000 cc</p>	Maria
	III	11.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor kepatenan kateter urine</li> </ul> <p>H/: tampak kateter pasien terpasang dengan baik tanpa ada lipatan</p>	Maria
	III	11.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memastikan urine bag diletakkan dibawa ketinggian kandung kemih dan tidak dilantai</li> </ul> <p>H/: Tampak urine bag pasien tergantung di bawah samping tempat tidur pasien</p>	Maria
	III	12.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan irigasi rutin dengan cairan isotonik untuk mencegah pendarahan</li> </ul> <p>H/: tampak pasien terpasang cairan Nacl 0,9% untuk spoling</p>	Maria
	III	12.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor tanda dan gejala pendarahan</li> </ul> <p>H/: tampak urine pasien berwarna kuning kemerahan</p>	Maria
	II	14.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor input dan output cairan (jumlah dan karakteristik)</li> </ul> <p>H/: Input: - Hasil pemantauan spooling pukul 08.00-14.00 WITA sebanyak - +4000 cc</p>	Maria

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cairan infus 400 cc</li> <li>- Terapi injeksi 100 cc</li> <li>- AM: 5x68 kg = 340 cc</li> <li>- Makan+minum : 750 cc</li> <li style="padding-left: 20px;">Total :5590 cc</li> <li style="padding-left: 20px;">Output:</li> <li>- Urine pasien jam 08.00-11.00 = 2000 cc,</li> <li>- Urine pasien jam 11.00-14.00= 2200 cc</li> <li>- IWL: 15x68 kg = 1020 cc</li> <li style="padding-left: 20px;">Total: 5220 cc</li> <li>Balance cairan 08.00-14.00</li> <li>Input - output</li> <li>5590-5220= 370 cc</li> <li>• Melakukan TTV:</li> <li style="padding-left: 20px;">H/:</li> <li style="padding-left: 20px;">TD: 120/85mmHg</li> <li style="padding-left: 20px;">N: 104x/menit</li> <li style="padding-left: 20px;">S: 36,5°c</li> <li style="padding-left: 20px;">P: 20 x/menit</li> </ul>	Mardiana
	I	15.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li style="padding-left: 20px;">H/:</li> <li>- P: Pasien mengatakan nyeri post op BPH</li> <li>Q: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk</li> <li>R: Pasien mengatakan nyeri post op pada daerah perut bagian bawah tembus ke belakang pinggang</li> <li>S: Pasien mengatakan skala nyeri 5</li> <li>T: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan menetap dan merasakan nyeri bertambah ketika bergerak</li> <li>- Pasien mengatakan kurang tidur karna nyeri yang dirasakan</li> </ul>	Mardiana
	I	15.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> </ul>	Mardiana

	I	15.30	<p>H/: - Tampak ekspresi wajah pasien meringis Tampak pasien gelisah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ul> <p>H/: Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang saat beristirahat dan setelah diberikan obat anti nyeri</p>	Mardiana
	I	15.35	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memberikan teknik non farmakologis yaitu teknik relaksasi Benson untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <p>H/: pasien mengatakan merasa nyaman dan nyeri sedikit berkurang setelah diberikan teknik relaksasi Benson</p>	Mardiana
	I	16.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pemberian obat</li> </ul> <p>H/: Pasien diberikan obat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ketorolac/1 amp/IV/8 jam</li> </ul>	Mardiana
	I	17.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi kembali skala nyeri yang dirasakan setelah pemberian terapi relaksasi benson dan pemberian obat anti nyeri</li> </ul> <p>H/: Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan sedikit menurun dari 5 menjadi 4</p>	Mardiana
	II	17.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memfasilitasi istirahat dan tidur</li> </ul> <p>H/: Pasien mengatakan akan beristirahat dan sudah merasa nyaman dengan suasana kamar yang tidak terlalu bising, suhu dan cahaya lampu kamar yang tidak terlalu terang</p>	Mardiana
	II	18.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memonitor eliminasi urin (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)</li> </ul> <p>H/:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak urine tertampung di urine bag sebanyak 1600 cc</li> <li>- Tampak urine pasien berwarna kuning kemerahan</li> </ul>	Mardiana

	II	18.15	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengosongkan urine bag H/: Urin pasien telah dibuang sebanyak 1600 cc</li> </ul>	Mardiana
	II	18.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memonitor kepatenan kateter urine H/: tampak kateter pasien terpasang dengan baik tanpa ada lipatan</li> </ul>	Mardiana
	III	18.25	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memastikan urine bag diletakkan dibawa ketinggian kandung kemih dan tidak dilantai H/: Tampak urine bag pasien tergantung di bawah samping tempat tidur pasien</li> </ul>	Mardiana
	III	19.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan irigasi rutin dengan cairan isotonik untuk mencegah pendarahan H/: tampak pasien terpasang cairan NaCl 0,9% untuk spoling</li> </ul>	Mardiana
	III	19.40	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memonitor tanda dan gejala pendarahan H/: tampak urine pasien berwarna kuning kemerahan</li> </ul>	Mardiana
	II	20.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memonitor input dan output cairan (jumlah dan karakteristik) H/: Input <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil pemantauan spooling pukul 15.00-20.00 WITA sebanyak - +3000 cc</li> <li>- Cairan infus 450 cc</li> <li>- Terapi injeksi 10 cc</li> <li>- AM: 5x68 kg = 340 cc</li> <li>- Makan+minum : 600 cc</li> <li>Total :4400 cc</li> </ul> Output: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Urine pasien jam 15.00-18.00 = 1600 cc</li> <li>- Urine pasien jam 18.00-20.00= 1500 cc</li> <li>- IWL: 15x68 kg = 1020 cc</li> <li>Total: 4120 cc</li> </ul> Balance cairan 15.00-20.00</li> </ul>	Mardiana

	I	20.15	<p>Input - output 4400-4120= 280 cc</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memfasilitasi istirahat dan tidur H/: Pasien mengatakan akan beristirahat dan sudah merasa nyaman dengan suasana kamar yang tidak terlalu bising, suhu dan cahaya lampu kamar yang tidak terlalu terang</li> </ul>	Mardiana
	I	24.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan pemberian obat H/: Pasien diberikan obat: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ceftriaxone 1gr/IV/12 Jam</li> <li>- Ketorolac/1 amp/IV/8 jam</li> </ul> </li> </ul>	Perawat
	II	06.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor input dan output cairan H/: Input: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil pemantauan spooling pukul 21.00- 06.00 WITA sebanyak - +5000 cc</li> <li>- Cairan infus 650 cc</li> <li>- Terapi injeksi 100 cc</li> <li>- AM: 5x68 kg = 340 cc</li> <li>- Makan+minum : 600 cc</li> </ul> Total :6690 cc Output: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Urine pasien jam 21.00-06.00 = 5400 cc</li> <li>- IWL: 15x68 kg = 1020 cc</li> </ul> Total: 6420 cc Balance cairan 21.00-06.00 Input – output 6690-6420= 270 cc</li> </ul>	perawat

## Evaluasi hari ke-2 (shift pagi)

Nama/ Umur : Tn. S/ 67 Tahun

Ruang/ Kamar : Yoseph 6/ 6003

Tanggal	Dx	Evaluasi	Nama Perawat
02/05/2024	Nyeri akut	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: Pasien mengatakan nyeri post op BPH</li> <li>Q: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk</li> <li>R: Pasien mengatakan nyeri post op pada daerah perut bagian bawah tembus ke belakang pinggang</li> <li>S: Pasien mengatakan skala nyeri 5</li> <li>T: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan menetap dan merasakan nyeri bertambah ketika bergerak</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan kurang tidur karna nyeri yang dirasakan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak ekspresi wajah pasien meringis</li> <li>- Tampak pasien gelisah</li> </ul> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dan skala nyeri</li> <li>- Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi benson)</li> </ul>	Maria

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul>	
	Kesiapan peningkatan eliminasi urin	<p>S : Pasien mengatakan belum siap meningkatkan eliminasi urine karenabelum merasakan keinginan untuk berkemih</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak terpasang kater</li> <li>- Tampak terpasang cairan irigasi Nacl 0,9%</li> <li>- Urine pasien dari jam 08.00-14.00 sebanyak 4200 cc</li> </ul> <p>A: Masalah kesiapan peningkatan eliminasi urine belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen eliminasi urine</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor eliminasi urine</li> <li>- Monitor kepatenan kateter urine</li> <li>- Monitor input dan output cairan</li> <li>- Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontra indikasi</li> <li>- Lakukan irigasi rutin dengan cairan isotonis untuk mencegah kolonisasi berkemih</li> <li>- Kosongkan kantung urin jika sudah terisi setengahnya</li> </ul>	Maria
	Risiko perdarahan	<p>S : Pasien mengatakan belum terlalu memahami dan mengerti tanda dangejala perdarahan</p> <p>O : - Tampak urin berwarna kuning kemerahan</p> <p>A: Masalah risiko perdarahan teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi pencegahan perdarahan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> </ul>	Maria



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan bedrest selama perdarahan</li> <li>- Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> <li>- Anjurkan melapor jika terjadi perdarahan</li> </ul>	
--	--	---	--

Evaluasi hari ke-2 (shift siang)

Nama/ Umur : Tn. S/ 67 Tahun

Ruang/ Kamar : Yoseph 6/ 6003

Tanggal	Dx	Evaluasi	Nama Perawat
02/05/2024	Nyeri akut	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: Pasien mengatakan nyeri post op BPH</li> <li>Q: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk</li> <li>R: Pasien mengatakan nyeri post op pada daerah perut bagian bawah tembus ke belakang pinggang</li> <li>S: Pasien mengatakan skala nyeri 4</li> <li>T: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan menetap dan merasakan nyeri bertambah ketika bergerak</li> <li>- Pasien mengatakan kurang tidur karna nyeri yang dirasakan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak ekspresi wajah pasien meringis</li> <li>- Tampak pasien gelisah</li> </ul> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi,</li> </ul>	Mardiana

		<p>frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dan skala nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi benson)</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul>	
	Kesiapan peningkatan eliminasi urin	<p>S : Pasien mengatakan belum siap meningkatkan eliminasi urine karena belum merasakan keinginan untuk berkemih</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak terpasang kater</li> <li>- Tampak terpasang cairan irigasi Nacl 0,9%</li> <li>- Urine pasien dari jam 15.00-20.00 sebanyak 3100 cc</li> </ul> <p>A: Masalah kesiapan peningkatan eliminasi urine belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen eliminasi urine</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor eliminasi urine</li> <li>- Monitor kepatenan kateter urine</li> <li>- Monitor input dan output cairan</li> <li>- Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontra indikasi</li> <li>- Lakukan irigasi rutin dengan cairan isotonis untuk mencegah kolonisasi berkemih</li> <li>- Kosongkan kantung urin jika sudah terisi setengahnya</li> </ul>	Mardiana
	Risiko perdarahan	<p>S : Pasien mengatakan belum terlalu memahami dan mengerti tanda dangejala perdarahan</p> <p>O : Tampak urin berwarna</p>	Mardiana

		kuning kemerahan A : Masalah risiko perdarahan teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi pencegahan perdarahan - Monitor tanda dan gejala perdarahan - Pertahankan bedrest selama perdarahan - Jelaskan tanda dan gejala perdarahan - Anjurkan melapor jika terjadi perdarahan	
--	--	---	--

Implementasi hari ke-3

Nama/ Umur : Tn. S/ 67 Tahun

Ruang/ Kamar : Yoseph 6/ 6003

Tanggal	Dx	Waktu	Implementasi Keperawatan	Nama perawat
03/05/2024	I	08.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan TTV:                H/:                TD: 114/75 mmHg                N: 101x/menit                S: 36,6 °c                P: 20 x/menit</li> </ul>	Maria
	I	08.15	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri                H/:                - P: Pasien mengatakan nyeri post op BPH                Q: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk                R: Pasien mengatakan nyeri post op pada daerah perut bagian bawah tembus ke belakang pinggang                S: Pasien mengatakan skala nyeri 4</li> </ul>	Maria

			<p>T: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan menetap dan merasakan nyeri bertambah ketika bergerak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidurnya mulai membaik karna nyeri yang dirasakan mulai berkurang</li> </ul>	
	I	08.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> </ul> <p>H/: - Tampak ekspresi wajah pasien meringis</p>	Maria
	I	08.25	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ul> <p>H/: Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang saat beristirahat dan setelah diberikan obat anti nyeri</p>	Maria
	I	08.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberikan teknik non farmakologis yaitu teknik relaksasi Benson untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <p>H/: pasien mengatakan merasa nyaman dan lebih rileks setelah diberikan teknik relaksasi Benson</p>	Maria
	I	09.15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan pemberian obat</li> </ul> <p>H/: Pasien diberikan obat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ceftriaxone 1gr/IV/12 Jam</li> <li>- Ketorolac/1 amp/IV/8 jam</li> </ul>	Maria
	II	10.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi kembali skala nyeri yang dirasakan setelah pemberian terapi relaksasi benson dan pemberian obat anti nyeri</li> </ul> <p>H/: Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan sedikit menurun dari 4 menjadi 3</p>	Maria
	II	10.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasil pemantauan spooling pukul 08.00-10.00 WITA sebanyak +2000 cc, dan spooling pasien diklem</li> </ul>	Maria
	I	11.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memfasilitasi istirahat dan tidur</li> </ul> <p>H/: Pasien mengatakan akan</p>	Maria

			beristirahat dan sudah merasa nyaman dengan suasana kamar yang tidak terlalu bising, suhu dan cahaya lampu kamar yang tidak terlalu terang	
	III	11.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor eliminasi urin (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)</li> </ul> <p>H/:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak urine tertampung di urine bag sebanyak 1800 cc</li> <li>- Tampak urine pasien mulai berwarna kuning jernih sedikit kemerahan</li> </ul>	Maria
	III	11.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengosongkan urine bag</li> </ul> <p>H/: Urin pasien telah dibuang sebanyak 1800 cc</p>	Maria
	III	11.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor kepatenan kateter urine</li> </ul> <p>H/: tampak kateter pasien terpasang dengan baik tanpa ada lipatan</p>	Maria
	II	12.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memastikan urine bag diletakkan dibawa ketinggian kandung kemih dan tidak dilantai</li> </ul> <p>H/: Tampak urine bag pasien tergantung di bawah samping tempat tidur pasien</p>	Maria
	II	12.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot berkemih/panggul</li> </ul> <p>H/: - Melakukan bladder training dengan mengklem kateter pasien, dan setelah +- 30 menit pasien mulai merasakan sensasi ingin berkemih kemudian membuka kembali klem kateter pasien</p>	Maria
	III	13.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menganjurkan pasien minum yang cukup</li> </ul> <p>H/:pasien mengatakan sudah minum +- 3 gelas</p>	Maria

	II	13.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor tanda dan gejala pendarahan H/: tampak urine pasien berwarna mulai berwarna kuning jernih sedikit kemerahan</li> </ul>	Maria
	II	14.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor input dan output cairan (jumlah dan karakteristik) H/: Input: - Hasil pemantauan spooling pukul 08.00-10.00 WITA sebanyak - +2000 cc - Cairan infus 400 cc - Terapi injeksi 100 cc - AM: 5x68 kg = 340 cc - Makan+minum : 800 cc Total :3640 cc Output: - Urine pasien jam 08.00-11.00 = 1800 cc, - Urine pasien jam 11.00-14.00= 600 cc - IWL: 15x68 kg = 1020 cc Total: 3420 cc Balance cairan 08.00-14.00 Input - output 3640-3420= 220 cc</li> </ul>	Maria
	II	15.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot berkemih/panggul H/: - Melakukan bladder training dengan mengklem kateter pasien, dan setelah +- 30 menit pasien mulai merasakan sensasi ingin berkemih kemudian membuka kembali klem kateter pasien</li> </ul>	Mardiana
	I	15.15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menganjurkan pasien minum yang cukup H/:pasien mengatakan sudah minum +- 2 gelas</li> </ul>	Mardiana
	I	15.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan TTV: H/:</li> </ul>	Mardiana

	I	15.25	<p>TD: 126/82 mmHg  N: 98x/menit  S: 36,3 °c  P: 20 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> </ul> <p>H/:</p> <p>P: Pasien mengatakan nyeri post op BPH</p> <p>Q: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: Pasien mengatakan nyeri post op pada daerah perut bagian bawah tembus ke belakang pinggang</p> <p>S: Pasien mengatakan skala nyeri 3</p> <p>T: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan menetap dan merasakan nyeri bertambah ketika bergerak</p> <p>- Pasien mengatakan tidur mulai membaik karna nyeri yang dirasakan mulai berkurang</p>	Mardiana
	I	15.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> </ul> <p>H/:</p> <p>- Tampak ekspresi wajah pasien meringis</p>	Mardiana
	I	15.35	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ul> <p>H/:</p> <p>Pasien mengatakan nyeri bertambah ketika bergerak dan berkurang saat beristirahat dan setelah diberikan obat anti nyeri</p>	Mardiana
	I	15.40	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memberikan teknik non farmakologis yaitu teknik relaksasi Benson untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <p>H/:</p> <p>pasien mengatakan merasa nyaman dan lebih rileks serta nyeri dapat berkurang setelah</p>	Mardiana

	I	16.10	diberikan teknik relaksasi Benson <ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pemberian obat H/: Pasien diberikan obat: - Ketorolac/1 amp/IV</li> </ul>	Mardiana
	I	17.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi kembali skala nyeri yang dirasakan setelah pemberian terapi relaksasi benson dan pemberian obat anti nyeri H/: Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan sedikit menurun dari 3 menjadi 2</li> </ul>	Mardiana
	II	17.05	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memonitor eliminasi urin (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna) H/: - Tampak urine tertampung di urine bag sebanyak 400 cc - Tampak urine pasien mulai berwarna kuning jernih</li> </ul>	Mardiana
	II	17.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengosongkan urine bag H/: Urin pasien telah dibuang sebanyak 400 cc</li> </ul>	Mardiana
	II	17.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memonitor kepatenan kateter urine H/: tampak kateter pasien terpasang dengan baik tanpa ada lipatan</li> </ul>	Mardiana
	II	17.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memastikan urine bag diletakkan dibawa ketinggian kandung kemih dan tidak dilantai H/: Tampak urine bag pasien tergantung di bawah samping tempat tidur pasien</li> </ul>	Mardiana
	III	17.40	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memonitor tanda dan gejala pendarahan H/: - tampak urine pasien mulai berwarna kuning jernih</li> </ul>	Mardiana
	II,III	20.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memonitor input dan output cairan (jumlah dan karakteristik) H/: - Cairan infus 450 cc</li> </ul>	Mardiana



			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapi injeksi 10 cc</li> <li>- AM: 5x68 kg = 340 cc</li> <li>- Makan+minum : 1200 cc</li> <li style="padding-left: 20px;">Total :2000 cc</li> <li style="padding-left: 20px;">Output:</li> <li>- Urine pasien jam 15.00-17.00 = 400 cc,</li> <li>- Urine pasien jam 17.00-20.00= 300 cc</li> <li>- IWL: 15x68 kg = 1020</li> <li style="padding-left: 20px;">Total: 1720 cc</li> <li style="padding-left: 20px;">Balance cairan 15.00-20.00</li> <li style="padding-left: 20px;">Input - output</li> <li style="padding-left: 20px;">2000-1720= 280 cc</li> </ul>	
	I	20.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memfasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>H/: Pasien mengatakan akan beristirahat dan sudah merasa nyaman dengan suasana kamar yang tidak terlalu bising, suhu dan cahaya lampu kamar yang tidak terlalu terang</li> </ul>	Mardiana
	I	24.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan pemberian obat</li> <li>H/: Pasien diberikan obat:</li> <li>- Ceftriaxone 1gr/IV/12 Jam</li> <li>- Ketorolac/1 amp/IV/8 jam</li> </ul>	Perawat
	II	06.30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor input dan output cairan</li> <li>H/:</li> <li style="padding-left: 20px;">Input:</li> <li>- Cairan infus 650 cc</li> <li>- Terapi injeksi 100 cc</li> <li>- AM: 5x68 kg = 340 cc</li> <li>- Makan+minum : 900 cc</li> <li style="padding-left: 20px;">Total :1990 cc</li> <li style="padding-left: 20px;">Output:</li> <li>- Urine pasien jam 21.00-06.00 = 700 cc</li> <li>- IWL: 15x68 kg = 1020 cc</li> <li style="padding-left: 20px;">Total: 1720 cc</li> <li style="padding-left: 20px;">Balance cairan 21.00-06.00</li> <li style="padding-left: 20px;">Input – output</li> <li style="padding-left: 20px;">1990-1720= 270 cc</li> </ul>	Perawat

## Evaluasi hari ke-3 (shif pagi)

Nama/ Umur : Tn. S/ 67 Tahun

Ruang/ Kamar : Yoseph 6/ 6003

Tanggal	Dx	Evaluasi	Nama Perawat
03/05/2024	Nyeri akut	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: Pasien mengatakan nyeri post op BPH</li> <li>Q: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk</li> <li>R: Pasien mengatakan nyeri post op pada daerah perut bagian bawah tembus ke belakang pinggang</li> <li>S: Pasien mengatakan skala nyeri 3</li> <li>T: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan menetap dan merasakan nyeri bertambah ketika bergerak</li> <li>- Pasien mengatakan tidurnya mulai membaik karena nyeri yang dirasakan mulai berkurang</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien sedikit gelisah</li> </ul> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, dan skala nyeri</li> <li>- Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi benson)</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>- Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul>	Maria
	Kesiapan peningkatan eliminasi urin	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan merasa ingin kencing setelah kateter pasien diklem +30 menit</li> </ul>	Maria

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sering minum agar dapat BAK</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien terpasang kater</li> <li>- Urine pasien dari jam 08.00-14.00 sebanyak 2400 cc</li> </ul> <p>A: Masalah kesiapan peningkatan eliminasi urine teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan intervensi manajemen eliminasi urine</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor eliminasi urine</li> <li>- Monitor kepatenan kateter urine</li> <li>- Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot berkemih/panggul (Melakukan bladder training)</li> <li>- Monitor input dan output cairan</li> <li>- Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontra indikasi</li> <li>- Kosongkan kantung urin jika sudah terisi setengahnya</li> </ul>	
	Risiko perdarahan	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan urine nya sudah mulai berwarna kuning jernih namun masih terlihat sedikit kemerahan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak urin mulai berwarna kuning jernih sedikit kemerahan</li> </ul> <p>A: Masalah risiko perdarahan teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan intervensi Pencegahan pendarahan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> <li>- Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> <li>- Anjurkan melapor jika terjadi perdarahan</li> </ul>	Maria

## Evaluasi hari ke-3 (shif siang)

Nama/ Umur : Tn. S/ 67 Tahun

Ruang/ Kamar : Yoseph 6/ 6003

Tanggal	Dx	Evaluasi	Nama Perawat
03/05/2024	Nyeri akut	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P: Pasien mengatakan nyeri post op BPH</li> <li>Q: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk</li> <li>R: Pasien mengatakan nyeri post op pada daerah perut bagian bawah tembus ke belakang pinggang</li> <li>S: Pasien mengatakan skala nyeri 2</li> <li>T: Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan menetap dan merasakan nyeri bertambah ketika bergerak</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidurnya mulai membaik karena nyeri yang dirasakan mulai berkurang</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien sudah tidak gelisah</li> </ul> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi karena skala pasien sudah menurun</p> <p>P: hentikan intervensi</p>	Mardiana
	Kesiapan peningkatan eliminasi urin	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan merasa ingin kencing setelah kateter pasien diklem --+30 menit</li> <li>- Pasien mengatakan sering minum agar dapat BAK</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak pasien terpasang kater</li> <li>- Urine pasien dari jam 15.00-20.00 sebanyak 700 cc</li> </ul>	Mardiana

		A: Masalah kesiapan peningkatan eliminasi urine teratasi P: hentikan intervensi	
	Risiko perdarahan	S: Pasien mengatakan urine nya sudah mulai berwarna kuning jernih O :Tampak urin mulai berwarna kuning jernih A: Masalah risiko perdarahan teratasi P: hentikan intervensi	Mardiana

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN KASUS**

#### **A. Pembahasan Askep**

Pemberian asuhan keperawatan merupakan proses terapeutik yang melibatkan hubungan kerja sama antara perawat dengan pasien/keluarga atau masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal.

Dalam BAB ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara konsep teori dengan kasus nyata yang diperoleh dari hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Tn "S" dengan post TURP di ruangan Yoseph 6 kamar 6003 Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang berlangsung selama 3 hari yaitu pada tanggal 1 sampai 3 Mei 2024.

Dalam pembahasan ini penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan melalui 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan, implementasi dan evaluasi langsung pada pasien.

#### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dengan memperoleh data melalui wawancara langsung dengan pasien dan keluarga pasien. Selain itu, data diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik/observasi langsung, catatan medis serta hasil pemeriksaan diagnostik yang mendukung. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Tn.S diketahui bahwa pasien masuk ke Rumah Sakit pada tanggal 29 Mei 2024 dengan keluhan nyeri yang dia rasakan pada saat berkemih dan sudah dirasakan +- 4 bulan yang lalu tetapi pasien hanya membeli obat di warung dengan resep dokter sebagai bagian dari pengobatan untuk mengurangi rasa nyeri saat berkemih, namun pasien mengatakan semakin merasakan nyeri

ketika ingin BAK dan sering BAK tetapi sedikit-sedikit beberapa hari yang lalu dan pasien juga sempat mengalami demam naik turun +-1 minggu yang lalu. Setelah dilakukan pemeriksaan, pasien diberi diagnosa Retensi Urine + BPH Grade III, yang dimana hal ini didukung oleh pemeriksaan USG Abdomen pada tanggal 29 Mei 2024 didapatkan hasil Hipertropi prostat Klasifikasi bagian tengah prostat. DD: batu uretra pars posterior. Keluhan nyeri masih ditemukan saat pengkajian pada tanggal 01 Mei 2024 setelah Post Op *Benigna Prostat Hyperplasia* (BPH) dengan tindakan operasi *Transurethral Resection Of The Prostate* (TURP).

Menurut Pramarta (2024) manifestasi klinik pada pasien dengan BPH yaitu gejala prostatismus (penurunan daya aliran urin), retensi urin, inkontinensia. Sedangkan manifestasi klinik yang muncul pada pasien Tn. S yaitu retensi urin, nyeri saat berkemih dan berkemih yang tidak tuntas. Pasien mengatakan hal tersebut dirasakan sejak +- 4 bulan yang lalu dan mulai memberat sejak 1 minggu yang lalu.

Berdasarkan teori terdapat beberapa faktor resiko yang dapat menyebabkan BPH antara lain: faktor resiko yang tidak dapat diubah (Predisposisi) yaitu: Usia, jenis kelamin dan riwayat keluarga. Sedangkan faktor resiko yang dapat diubah (Presipitasi) yaitu: merokok, obesitas, konsumsi alkohol, aktivitas seksual yang berlebihan, dan pola diet (kekurangan zat seng yang berat). Pada kasus faktor yang menyebabkan Tn.S mengalami BPH yaitu faktor predisposisi usia dan jenis kelamin dimana usia pasien 67 tahun dan faktor lain yang dapat menyebabkan pasien mengalami BPH yaitu kebiasaan merokok 1 tahun yang lalu dan obesitas dimana IMT pasien didapatkan 25,66. Kelenjar prostat adalah organ tubuh pria yang paling sering mengalami pembesaran, baik jinak maupun ganas, oleh sebab itu laki-laki lebih beresiko terkena BPH. Sedangkan pada usia lanjut terjadi kelemahan umum termasuk

kelemahan pada buli (otot detrusor) dan penurunan fungsi persarafan yang menyebabkan terjadinya penurunan produksi testosteron, dihidrotestosteron dan androstenedion yang berfungsi dalam mengatur pertumbuhan sel-sel prostat, selain itu merokok juga menjadi faktor risiko terjadinya BPH, nikotin dan konitin (produk pemecahan nikotin) pada rokok meningkatkan aktifitas enzim perusak androgen, sehingga menyebabkan ketidakstabilan kadar testosteron kemudian pada kasus laki-laki dengan obesitas akan menyebabkan pula gangguan pada prostat dan kemampuan seksual, dimana tipe bentuk tubuh yang mengganggu prostat adalah tipe bentuk tubuh yang membesar di bagian pinggang dengan perut buncit, seperti buah apel. Beban di perut itulah yang menekan otot organ seksual, sehingga lama-lama organ seksual kehilangan kelenturannya, selain itu deposit lemak berlebihan juga akan mengganggu kinerja testis (Nirfandi et al., 2023).

Tindakan pembedahan yang dilakukan pada pasien adalah tindakan pembedahan *Transurethral Resection Of The Prostate* (TURP) yaitu prosedur pembedahan yang dilakukan dengan cara memasukan *resektoskopi* melalui uretra untuk mengeksisi dan mereseksi kelenjar prostat yang mengalami obstruksi. Prosedur tersebut menimbulkan luka bedah yang berakibat menimbulkan nyeri pada luka post operasi (Sumberjaya et.al., 2020). Saat pengkajian pada tanggal 01 Mei 2024 setelah post op TURP didapatkan pasien mengeluh nyeri pada bagian operasi dimana nyeri akan bertambah ketika bergerak, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 7 (Berat) dan nyeri dirasakan menetap.

## **2. Diagnosis keperawatan**

Pada kasus Tn.S penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu:

a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur pembedahan) d.d



pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, tampak gelisah dan sulit tidur.

Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai prioritas karena didapatkan data-data dari pasien yaitu pasien mengeluh nyeri pada bagian operasi dimana nyeri akan bertambah ketika bergerak, nyeri seperti tertusuk-tusuk, nyeri dirasakan pada skala 7 (Berat) dan dirasakan menetap, tampak pasien meringis, gelisah dan mengeluh kesulitan untuk tidur karna nyeri yang dirasakan.

- b. Kesiapan peningkatan eliminasi urin d.d pasien ingin meningkatkan eliminasi urin, jumlah dan karakteristik urin normal.

Penulis mengangkat diagnosa ini karena didapatkan pasien mengatakan belum merasakan sensasi ingin BAK, pasien mengatakan banyak minum air putih agar dapat BAK, pasien tampak memakai kateter, dan terpasang spooling dengan urine berwarna kuning kemerahan.

- c. Resiko perdarahan ditandai dengan tindakan pembedahan. Penulis mengangkat diagnosa ini untuk memantau apakah pasien mengalami perdarahan atau tidak setelah post op agar dapat dilakukan penanganan cepat apabila terjadi perdarahan yang tidak normal yang dapat mengakibatkan terjadinya resiko syok. Tampak urine pasien berwarna kuning kemerahan. (SDKI, 2017).

Diagnosa pada teori yang tidak diangkat pada kasus ini adalah:

- a. Resiko syok ditandai dengan perdarahan. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena dari hasil pengkajian tidak terdapat hasil yang mendukung untuk dijadikan data penunjang dalam pengangkatan diagnosa ini, urine pasien berwarna kuning kemerahan.
- b. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif. Penulis

tidak mengangkat diagnosa ini karena penulis hanya mengangkat diagnosa prioritas utama untuk melakukan intervensi sesuai kondisi pasien dan pasien juga tidak menunjukkan gejala infeksi seperti demam.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Setelah melakukan proses pengkajian, menentukan masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan, penulis menyusun Rencana Asuhan Keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri perawat, tindakan observatif, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaboratif. Pada setiap diagnosa perawat memfokuskan sesuai kondisi pasien.

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur pembedahan) d.d pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, tampak gelisah dan sulit tidur. Pada diagnosa pertama ini penulis membuat 8 intervensi yaitu: Identifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri), identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik non farmakologis, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan strategi meredakan nyeri dan kolaborasi pemberian analgetik
- b. Kesiapan peningkatan eliminasi urin d.d pasien ingin meningkatkan eliminasi urin, jumlah dan karakteristik urin normal. Pada diagnosa ketiga ini penulis membuat 8 intervensi yaitu: Monitor eliminasi urine, catat waktu-waktu dan haluaran berkemih, ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih, monitor kepatenan kateter urine, monitor input dan output cairan, pastikan selang kateter dan kantung urine terbebas dari lipatan, lakukan irigasi dengan cairan isotonis, dan kosongkan kantung urine jika kantung urine telah

terisi setengahnya.

- c. Resiko perdarahan ditandai dengan tindakan pembedahan. Pada diagnosa kedua ini penulis membuat 5 intervensi yaitu: Monitor tanda dan gejala perdarahan, pertahankan *bed rest* selama perdarahan, jelaskan tanda dan gejala perdarahan, anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan, dan kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan mengacu pada intervensi yang telah dibuat dengan memperhatikan tanda dan gejala yang akan diatasi, sehingga tujuan dapat tercapai. Pada tahap implementasi penulis bekerjasama dengan pasien, keluarga pasien dan perawat ruangan. Sebelum melakukan tindakan terlebih dahulu menjelaskan kepada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan pada pasien dengan keluarga, berdasarkan masalah yang ditemukan pada pasien.

Pada masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dilakukan observasi yakni identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik: berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. Edukasi: jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri serta kolaborasi pemberian analgetik. Semua intervensi sudah di implementasikan.

Pada masalah kesiapan peningkatan eliminasi urin dibuktikan dengan pasien ingin meningkatkan eliminasi urin, jumlah, karakteristik urin normal. Telah dilakukan observasi yakni monitor eliminasi urin (misalnya: frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna). Terapeutik: catat waktu dan haluaran berkemih. Edukasi: anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada

kontraindikasi. Kolaborasi: kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu. Intervensi pendukung yakni perawatan kateter, observasi: monitor tanda dan gejala obstruksi haluaran urin. Terapeutik: pastikan selang kateter dan kantung urin terbebas dari lipatan, pastikan kantung urin diletakkan dibawah ketinggian kandung kemih dan tidak dilantai, kosongkan kantung urin jika kantung urin penuh. Semua intervensi telah diimplementasikan.

Pada masalah Resiko perdarahan ditandai dengan tindakan pembedahan. Telah dilakukan Monitor tanda dan gejala perdarahan, mempertahankan *bed rest* selama perdarahan, menjelaskan tanda dan gejala perdarahan, menganjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan. Semua intervensi telah diimplementasikan.

## 5. Evaluasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan, yang mencakup tentang penentuan apakah hasil yang diharapkan dapat tercapai atau tidak. Hasil evaluasi yang dirumuskan penulis selama melaksanakan proses keperawatan pada pasien selama 3 hari (01-03 Mei 2024) adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur pembedahan)  
d.d pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, tampak gelisah dan sulit tidur. Sampai pada perawatan hari ketiga masalah teratasi sebagian, dimana pasien mengatakan bahwa nyeri berada pada skala 2.
- b. Kesiapan peningkatan eliminasi urin d.d pasien ingin meningkatkan eliminasi urin, jumlah dan karakteristik urin normal. Sampai pada perawatan hari ketiga masalah dapat teratasi, dimana pasien sudah dapat merasakan keinginan berkemih setelah dilakukan bladder training.
- c. Resiko perdarahan ditandai dengan tindakan pembedahan.

Sampai hari ketiga masalah teratasi, dimana tidak ada tanda dan gejala pendarahan, tidak ada jaringan sisa operasi pada kateter, dan urin berwarna kuning jernih.

## **B. Pembahasan Penerapan EBN**

### a. Judul EBN

#### a. Jurnal Ke-1

“Penerapan Teknik Relaksasi Benson Sebagai Upaya Mengurangi Nyeri Akut Pasien Pasca Operasi *Benigna Prostatic Hyperplasia* (BPH) di ruang Ibnu Ruysd Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang” (Viantri et al., 2023).

#### b. Jurnal Ke-2

“Relaksasi Benson terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pasien Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) dengan Riwayat *Post Transurethral Resection Of The Proste* (TURP) di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu” (Lina et al., 2023).

#### c. Jurnal Ke-3

“Efektifitas Terapi Relaksasi Benson Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien *Post Operasi Benigna Prostat Hiperplasia* (BPH) di Rumah Sakit Abdul Manap Kota Jambi” (Azizah, 2023).

### b. Diagnosis keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan) di tandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, tampak gelisah dan sulit tidur.

### 3. Luaran yang diharapkan

Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : Keluhan nyericukup menurun, meringis cukup menurun, gelisah cukup menurun, kesulitan tidur cukup menurun.

### 4. Intervensi prioritas pada kasus askep

Manajemen nyeri: Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi Nyeri (Teknik Relaksasi Benson).

## 5. Pembahasan tindakan keperawatan sesuai EBN dan pada kasus

### a. Pengertian tindakan

Relaksasi Benson merupakan gabungan antara teknik relaksasi dan sistem keyakinan individu atau *faith factor*. Fokus dari relaksasi ini pada ungkapan tertentu yang diucapkan berulang ulang dengan menggunakan ritme yang teratur disertai sikap yang pasrah (Noviariska et al., 2022).

### b. Tujuan/rasional pada EBN dan kasus askep

Pada kasus asuhan keperawatan ini terapi relaksasi Benson bertujuan untuk menurunkan nyeri yang dirasakan pasien yang melibatkan keyakinan yang dianut oleh pasien, relaksasi benson akan menghambat efektifitas saraf simpatis yang dapat menurunkan konsumsi oksigen oleh tubuh dan selanjutnya otot-otot tubuh menjadi rileks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman sehingga dapat mengurangi atau menurunkan nyeri yang dialami oleh pasien, menurunkan rasa gelisah dan membantu kualitas tidur pasien.

### c. Hasil EBN pada kasus

Dari hasil intervensi pemberian teknik relaksasi benson yang telah dilakukan pada pasien Tn.S selama 10-15 menit dalam waktu 3 hari setiap shift untuk menurunkan skala nyeri pasien didapatkan hasil yaitu teknik relaksasi benson efektif dalam menurunkan skala nyeri pada pasien post op TURP, dimana pada hari pertama perawatan pasien diajarkan teknik relaksasi Benson untuk mengurangi nyeri dan pada saat dievaluasi nyeri menurun dari skala 7 menjadi 6, sedangkan pada hari kedua perawatan pada shift pagi setelah dievaluasi pasien mengatakan skala nyeri 5, kemudian pada shift sore pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan menurun menjadi skala 4, dan pada hari ketiga perawatan shift pagi pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan berada pada skala 3, dan pada shift sore pasien

mengatakan skala nyeri yang dirasakan berada pada skala 2. Pasien juga mengatakan tidurnya juga mulai membaik karena nyeri yang dirasakan sudah mulai menurun.

d. Analisa jurnal menggunakan metode PICOT:

	Artikel 1	Artikel 2	Artikel 3
Judul artikel	“Penerapan Teknik Relaksasi Benson Sebagai Upaya Mengurangi Nyeri Akut Pasien Pasca Operasi <i>Benigna Prostatic Hyperplasia</i> (BPH) di ruang Ibnu Ruysd Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang” (Viantri et al., 2023)	“Relaksasi Benson terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pasien Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) dengan Riwayat <i>Post Transurethral Resection Of The Prostate</i> (TURP) di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu” (Lina et al., 2023)	“Efektifitas Terapi Relaksasi Benson Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien <i>Post Operasi Benigna Prostat Hiperplasia</i> (BPH) di Rumah Sakit Abdul Manap Kota Jambi” (Azizah, 2023)
P ( <i>Problem/ Population</i> )	Masalah penelitian: <i>Benigna Prostate Hyperplasia</i> merupakan pembesaran jindak prostat pada pria dewasa. Perubahan volume prostat bervariasi dan umumnya terjadi pada usia lebih dari 50 tahun. Penatalaksanaan jangka panjang pada pasien dengan BPH adalah tindakan pembedahan TURP dimana prosedur pembedahan dimasukkan resektoskopi melalui uretra untuk mengeksisi dan mengkauterisasi atau merekresi	Masalah penelitian: <i>Benign prostatic hyperplasia</i> (BPH) adalah pembesaran prostat yang progresif yang menyebabkan berbagai tingkat obstruksi uretra dan batasan pada aliran urin. Intervensi bedah yang dilakukan adalah TURP, yang bekerja pada obstruksi uretra prostat. Prosedur ini menyebabkan efek yang menyakitkan setelah post op. Tujuan penelitian: penelitian	Masalah penelitian: Melihat komplikasi yang ditimbulkan oleh BPH seperti infeksi saluran kemih, batu kandung kemih, retensi urin, kerusakan kandung kemih hingga menyebabkan kerusakan ginjal, maka dibutuhkan penanganan yang harus dilakukan dengan cepat dan tepat. Cara yang dapat dilakukan untuk penanganan pada penderita BPH adalah dengan melakukan



	<p>kelenjar prostat yang mengalami obstruksi. Setiap tindakan pembedahan akan menimbulkan masalah infeksi luka akibat prosedur insisi. Luka ini akan merangsang terjadinya respon nyeri. Tujuan penelitian: Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui keefektifan teknik Relaksasi Benson Dalam mengurangi intensitas nyeri akut pada pasien post op Benign Prostatic Hyperplasia (BPH). Populasi: Populasi dalam penelitian ini adalah pasien post operasi TURP sebanyak 2 pasien di ruang Ibnu Ruysd Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang</p>	<p>ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh relaksasi Benson terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien prostat pasca reseksi transurethral RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu. Populasi: Populasi dalam penelitian ini adalah pasien post operasi TURP sebanyak 15 pasien di RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu.</p>	<p>pembedahan. Tindakan pembedahan yang dapat dilakukan untuk BPH adalah prostatectomy (pembedahan terbuka) dan Transurethral Resection Of The Prostate (TURP) Tindakan seperti ini dapat menyebabkan nyeri pada luka bedah post bedah. Salah satu metode yang sering digunakan untuk mengurangi nyeri adalah terapi relaksasi benson. Relaksasi benson merupakan tindakan untuk memabaskan fisik dan mental dari tekanan sehingga bisa meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Populasi: Populasi dalam penelitian ini adalah 1 pasien post operasi TURP di Rumah Sakit Abdul Manap Kota Jambi.</p>
I (Intervention)	Relaksasi Benson merupakan gabungan antara teknik respons relaksasi dan sistem keyakinan	Relaksasi Benson adalah metode relaksasi pernapasan yang bisa memengaruhi	Penerapan Terapi Relaksasi Benson dengan cara menciptakan lingkungan yang

	<p>individu atau faith factor. Fokus dari relaksasi ini pada ungkapan tertentu yang diucapkan berulang ulang dengan menggunakan ritme yang teratur disertai sikap yang pasrah. Ungkapan yang digunakan dapat berupa keyakinan atau kata-kata yang memiliki makna menenangkan bagi pasien itu sendiri. Terapi relaksasi benson pada dasarnya diyakini oleh banyak orang bahwa sang maha penciptalah yang akan memberikan kesembuhan dan Kesehatan.</p>	<p>faktor kepercayaan pasien serta memberikan lingkungan internal yang dapat membantu pasien mencapai tingkat kesehatan lebih tinggi. Penurunan intensitas nyeri disebabkan relaksasi dan penambahan mengingat yang membuat jantung tenang dan rileks serta otot rileks sehingga membuat responden lebih tenang.</p>	<p>nyaman di sekitar pasien, mengatur posisi pasien senyaman mungkin, anjurkan pasien untuk memejamkan mata dengan pelan tidak perlu dipaksakan sehingga tidak ada ketegangan otot di sekitar mata, pasien dianjurkan untuk merilekskan otot-otot pasien di seluruh tubuh, kemudian pasien menarik napas melalui hidung secara perlahan dan ditahan dengan hitungan satu dua tiga kemudian hembuskan perlahan melalui mulut dengan hitungan satu dua tiga, kemudian mengucapkan kata Subhanallah, Alhamdulillah, Lailahailallah, Allahuakbar, menganjurkan pasien untuk melemaskan seluruh tubuh disertai dengan sikap pasrah, diulangi sampai 15 menit.</p>
<p>C (Comparison)</p>	<p>Dalam jurnal tidak terdapat perbandingan atau komparasi grup</p>	<p>Dalam jurnal tidak terdapat perbandingan atau komparasi grup</p>	<p>Dalam jurnal tidak terdapat perbandingan atau komparasi grup</p>

<p>O (Outcome)</p>	<p>Hasil penelitian ini menyatakan bahwa penerapan teknik relaksasi benson efektif untuk mengurangi nyeri akut pada pasien post operasi Benigna Prostatic Hyperplasia (BPH). Dimana didapatkan pada pasien I dari skala nyeri 5 (nyeri sedang) menjadi 1 (nyeri ringan). Pada pasien II dari skala nyeri 6 (nyeri sedang) menjadi 2 (nyeri ringan) setelah diberikan teknik relaksasi benson</p>	<p>Konsistensi relaksasi Benson selama kurang lebih tiga minggu secara teratur menunjukkan bahwa relaksasi benson ini memberikan hasil yang signifikan dalam menurunkan intensitas nyeri. Penurunan intensitas nyeri disebabkan relaksasi dan penambahan mengingat yang membuat jantung tenang dan rileks serta otot rileks sehingga membuat responden lebih tenang.</p>	<p>Berdasarkan hasil observasi selama 5 hari, terjadi perubahan pada tanda dan gejala nyeri antara lain klien mengatakan nyeri sudah berkurang, perasaan gelisah berkurang, klien mampu tidur dengan nyenyak, klien tampak tidak meringis lagi klien tampak tenang, klien tampak tidak pucat, klien tampak lebih segar, bicara lebih santai dan mampu berkonsentrasi.</p>
<p>T (Time)</p>	<p>Dalam hal ini peneliti melakukan teknik relaksasi benson sebanyak 2 kali pertemuan, setiap pertemuan terdiri dari 2 sesi (pagi dan sore) dilakukan selama 10 menit tiap satu sesi. Penelitian ini dilakukan tanggal 20 April – 26 April 2022.</p>	<p>Dalam hal ini peneliti melakukan teknik relaksasi benson selama ± 15 menit setiap hari dalam waktu +3 minggu. Penelitian ini dilakukan tanggal 17 Oktober-24 november 2023.</p>	<p>Penerapan terapi benson dilakukan selama 5 hari, 2 kali dalam sehari pada jam 08.00 dan jam 15.00 WIB pada Tn S yang dilakukan selama lima hari dari tanggal 07-11 Juni 2023 di Rumah Sakit Abdul Manap Kota Jambi.</p>

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Simpulan**

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn.S dengan Post Op TURP *Benigna Prostat Hyperplasia* (BPH) di ruang Yoseph 6 Rumah Sakit Stella Maris Makassar, penulis dapat membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus di lapangan, sehingga penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut :

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

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada Tn.S dengan diagnosa medis Post Op TURP *Benigna Prostat Hyperplasia* (BPH) faktor yang dapat mengakibatkan terjadinya BPH pada pasien yaitu karena faktor usia, dimana usia pasien sudah 67 tahun kemudian pasien juga sempat memiliki kebiasaan merokok tapi sudah berhenti sejak 1 tahun lalu, kemudian faktor lain yang dapat menyebabkan BPH yaitu obesitas dimana pasien memiliki berat badan berlebih dibuktikan dengan IMT pasien 25,66 kg/m<sup>2</sup>. Saat pengkajian pada tanggal 01 April 2024 setelah Post Op TURP BPH didapatkan keadaan umum pasien tampak lemah, keluhan nyeri pada post op, dimana nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dan nyeri semakin bertambah ketika bergerak, skala nyeri 7 dan nyeri dirasakan menetap.

##### **2. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan dari Tn "S", maka diagnosa keperawatan yang muncul adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

- b. Kesiapan peningkatan eliminasi urin dibuktikan dengan pasien ingin meningkatkan eliminasi urin, jumlah dan karakteristik urin normal
- c. Resiko perdarahan ditandai dengan tindakan pembedahan

### **3. Intervensi Keperawatan**

Rencana keperawatan yang telah penulis susun pada prinsipnya sama dengan yang terdapat dalam tinjauan teoritis: meliputi observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi yang terdapat pada buku SLKI dan SIKI dan intervensinya disesuaikan dengan kondisi pasien.

- a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur pembedahan) d.d pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, tampak gelisah dan sulit tidur. Pada diagnosa pertama ini penulis membuat 8 intervensi yaitu: Identifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri), identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik non farmakologis, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan strategi meredakan nyeri dan kolaborasi pemberian analgetik
- b. Kesiapan peningkatan eliminasi urin d.d pasien ingin meningkatkan eliminasi urin, jumlah dan karakteristik urin normal. Pada diagnosa ketiga ini penulis membuat 8 intervensi yaitu: Monitor eliminasi urine, mencatat waktu-waktu dan haluaran berkemih, ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih, monitor kepatenan kateter urine, monitor input dan output cairan, pastikan selang kateter dan kantung urine terbebas dari lipatan, lakukan irigasi dengan cairan isotonis, dan kosongkan kantung urine jika kantung urine telah terisi setengahnya.
- c. Resiko perdarahan ditandai dengan tindakan pembedahan.

Pada diagnosa kedua ini penulis membuat 5 intervensi yaitu: Monitor tanda dan gejala perdarahan, pertahankan *bed rest* selama perdarahan, jelaskan tanda dan gejala perdarahan, anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan, dan kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang sudah ditetapkan sebelumnya dan dilaksanakan dengan benar selama 3 hari karena adanya kerja sama dengan pasien dan keluarga, perawat ruangan, tim kesehatan lainnya dan teman-teman mahasiswa.

Pada masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dilakukan observasi yakni identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik: berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. Edukasi: jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri serta kolaborasi pemberian analgetik. Semua intervensi sudah di implementasikan.

Pada masalah kesiapan peningkatan eliminasi urin dibuktikan dengan pasien ingin meningkatkan eliminasi urin, jumlah, karakteristik urin normal. Telah dilakukan observasi yakni monitor eliminasi urin (misalnya: frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna). Terapeutik: catat waktu dan haluaran berkemih. Edukasi: anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi. Kolaborasi: kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu. Intervensi pendukung yakni perawatan kateter, observasi: monitor tanda dan gejala obstruksi haluaran urin. Terapeutik: pastikan selang kateter dan kantung urin terbebas dari lipatan, pastikan kantung urin diletakkan dibawah ketinggian

kandung kemih dan tidak dilantai, kosongkan kantung urin jika kantung urin penuh. Semua intervensi telah diimplementasikan.

Pada masalah Resiko perdarahan ditandai dengan tindakan pembedahan. Telah dilakukan Monitor tanda dan gejala perdarahan, mempertahankan *bed rest* selama perdarahan, menjelaskan tanda dan gejala perdarahan, menganjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan. Semua intervensi telah diimplementasikan.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Dari hasil evaluasi, semua diagnosa keperawatan yang diangkat dapat teratasi yaitu pada diagnosa nyeri akut dimana saat evaluasi hari terakhir skala nyeri pasien sudah menurun dan pada diagnosa kesiapan peningkatan eliminasi urine saat evaluasi hari ketiga pasien sudah dapat merasakan keinginan berkemih kemudian untuk diagnosa resiko perdarahan pada hari ketiga evaluasi urin pasien mulai berwarna kuning.

## **6. Penerapan EBN**

Penerapan EBN pada pasien Tn.S dengan post op TURP BPH yaitu tentang penerapan teknik relaksasi benson untuk mengurangi sensasi nyeri yang dirasakan oleh pasien karena nyeri merupakan diagnosa utama yang didapatkan pada saat pengkajian. Dari teknik relaksasi benson yang dilakukan selama 3 hari per shift didapatkan penurunan intensitas nyeri dari skala 7 (nyeri berat) menjadi skala nyeri 2 (nyeri ringan).

## **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis menyampaikan beberapa saran untuk pertimbangan dan peningkatan kualitas asuhan keperawatan yang ditujukan:

### **1. Bagi Instansi Rumah Sakit**

Dalam keperawatan profesional diharapkan perawat lebih meningkatkan mutu pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman yang baik dalam memberikan pelayanan keperawatan khususnya pada pasien post TURP *Benigna Prostatic Hyperplasia* (BPH) dan mampu menerapkan teknik non-farmakologi yaitu teknik relaksasi Benson untuk menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan pasien TURP.

### **2. Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan institusi dapat lebih meningkatkan lagi mutu dari pendidikan keperawatan baik dalam teori maupun praktek langsung dilapangan untuk mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang telah didapatkan selama perkuliahan khususnya dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan post op TURP BPH.

### **3. Bagi Profesi Keperawatan**

Perawat diharapkan mampu untuk mengelola pasien Post op TURP BPH untuk mempertahankan dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang komprehensif dalam mengatasi masalah keperawatan seperti nyeri akut pada pasien yang mengalami post operasi TURP BPH, baik dalam hal pencegahan maupun menanggulangi masalah keperawatan yang telah terjadi.



## DAFTAR PUSTAKA

- Andayani, N., Eliyanti, Y., & Ningsih, S. A. (2021). Pengaruh relaksasi benson terhadap nyeri pada pasien post operasi benigna prostat hyperplasia (BPH) di RS Sobirin Kabupaten Musi Rawas. *ANJANI/ Journal: Health Sciences Study*, 1(2), 41-48.  
<https://doi.org/10.37638/anjani.1.2.41-48>.
- Arifianto, A., Aini, D. N., & Sari, N. D. W. (2019). The Effect of Benson Relaxation Technique on a Scale of Postoperative Pain in Patients with Benign Prostate hyperplasia at RSUD dr. H Soewondo Kendal. *Media Keperawatan Indonesia*, 2(1), 1.  
<https://doi.org/10.26714/mki.2.1.2019.1-9>
- Astuti, D. P. (2022). Diagnosis dan tatalaksana benign prostatic hyperplasia. *Jurnal Syntax Fusion*, 2(2), 224-233.  
<https://doi.org/10.54543/fusion.v2i02.149>
- Azizah, S. (2023). *Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Benigna Prostat Hiperplasia (Bph) Kota Jambi*. 2.  
[https://jki.ui.ac.id/index.php/jki/article/view/218/pdf\\_14](https://jki.ui.ac.id/index.php/jki/article/view/218/pdf_14)
- Diana, V., & Prasetyo, H. (2020). Analisis Kualitatif Pengetahuan dan Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Benigna Prostate Hiperplasia (BPH) di Ruang Alamanda 1 RSUD Sleman. *Jurnal Keperawatan*, 12(03), 142–153.  
<https://doi.org/10.61758/nursing.v12i3.29>
- DKMBI. 2016. *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal-Bedah Diagnosis NANDA-I 2015-2017 Intervensi NIC Hasil NOC*. Jakarta: EGC.
- Fauziya, Z., Sutapa, H., Indah, D., & Pratiwi, N. (2021). Literature Review: Pengaruh Volume Prostat Terhadap Kejadian Retensi Urin Akut Pada Pasien Bph. *Homeotasis*, 4(1), 93–102.  
<https://doi.org/10.20527/ht.v4i1.3350>
- Gergely, S. (2024). Pengaruh Bladder Training Terhadap Retensi Urin Pada Pasien Post Operasi Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) Di Rumah Sakit Siti Aisyah Kota Lubuklinggau. 4(February), 4–6.  
<https://jurnal.stikesbhaktihusada.ac.id/index.php/INJECTION/article/view/374>
- Gustikasari, A., & Hardianti Arafah, E. (2020). Pengaruh Faktor Usia Terhadap Terjadinya Penyakit Benign Prostat Hyperplasia (BPH) Di Ruang Rawat Inap RSUD Lamaddukelleng Sengkang. *Jurnal Ilmiah*

*Mappadising*, 2(September), 133–138.  
<http://ojs.lppmuniprima.org/index.php/mappadising>

Harmilah, (2020). *Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.  
<http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/id/eprint/5370>

Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Profil kesehatan Indonesia 2018 [Indonesia Health Profile 2018]*.  
<http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profilkesehatan-indonesia/Data-dan-Informasiprofil-Kesehatan-Indonesia-2018.pdf>

Lina, L. F., Kusuma, W. J., & Nurhayati, N. (2023). Relaksasi Benson terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pasien Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) dengan Riwayat Post Transurethral Resection Of The Prostate (TURP). *Jurnal Kesehatan*, 14(3), 538–543.  
<https://doi.org/10.26630/jk.v14i3.3779>

Mulyadi, H. T. S., & Sugiarto, S. (2020). Prevalensi hiperplasia prostat dan adenokarsinoma prostat secara histopatologi di laboratorium patologi anatomi Rumah Sakit Umum Daerah Cibirong. *Muhammadiyah Journal of Geriatric*, 1(1), 12-17. <https://doi.org/10.24853/mujg.1.1.12->

Nirfandi, H., Berawi, K. N., & Hadibrata, E. (2023). Hubungan Diabetes Melitus dan Merokok dengan Kejadian Benign Prostatic Hyperplasia ( BPH ): Tinjauan Pustaka Relationship of Diabetes Mellitus and Smoking with the Incidence of Benign Prostatic Hyperplasia ( BPH ): A Literature Review. *Medula*, 13, 171–173.  
<http://repository.lppm.unila.ac.id/49416/1/655-Research-3427-1-10-20230218.pdf>

Nurarif, A. H., Ginanjar, M. T., Permane, S. Y., & Nur, K. Z. (2022). Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Tn. K Pasien Post Operasi TURP dengan Benigna Prostat Hyperplasia di Rumah Sakit Wijaya Kusuma Purwokerto. *Jurnal Pengabdian Mandiri*, 1(6), 913–918.  
<https://www.bajangjournal.com/index.php/JPM/article/view/2505>

Nurkholila, M., & Sulistyanto, B. A. (2023). Penerapan Relaksasi Otot Progresif Pada Pasien Post Operasi Laparatomi Benign Prostat Hyperplasia: Studi Kasus Di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang. *Prosiding Seminar Kesehatan Masyarakat*, 1(Oktober), 88–93. <https://doi.org/10.26714/pskm.v1ioktober.245>

Pramarta, T. K., Komang Trisna Sumadewi, & Ida Bagus Tatwa Yatindra. (2024). Hubungan antara Volume Prostat dengan Derajat International Prostate Symptoms Score (IPSS) pada Pasien Benign Prostatic

Hyperplasia (BPH) dengan Lower Urinary Tract Symptoms di Poli Urologi RSUD Tabanan. *Aesculapius Medical Journal*, 4(1), 16–21. <https://doi.org/10.22225/amj.4.1.2024.16-21>

Purwanza, S. W., Emilia, N. L., Sarman, J. N. R., Susanto, D., Anggreyni, M., Janice, J., & Yanriatuti, I. (2022). Pengaruh Teknik Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi TUR-P. *Adi Husada Nursing Journal*, 8(2), 93. <https://doi.org/10.37036/ahnj.v8i2.303>

Raffelstha, F., Herizal, H., & Yulistini. (2020). Korelasi indeks massa tubuh dengan international prostate symptom score pada pasien benign prostatic hyperplasia. *JIKESI: Jurnal Ilmu Kesehatan Indonesia*, 1(2), 179-184. <https://doi.org/10.25077/jikesi.v1i2.147>.

Sumberjaya, I. W., & Mertha, I. M. (2020). Mobilisasi Dini dan Penurunan Skala Nyeri pada Pasien Post Operasi TURP Benign Prostate Hyperplasia. *Jurnal Gema Keperawatan*, 13(1), 43–50. <https://doi.org/10.33992/jgk.v13i1.1220>

Sutanto, R. (2021). Benign prostatic hyperplasia. *JIMKI: Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kedokteran Indonesia*, 8(3), 90-97. <https://doi.org/10.53366/jimki.v8i3.230>.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) Edisi 1 Cetakan 2*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI) Edisi 1 Cetakan 2*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI) Edisi 1 Cetakan 3 (Revisi)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.

Umam, I. A. C., Irawiraman, H., & Sawitri, E. (2020). Hubungan usia dengan kadar prostate specific antigen pada penderita benign prostatic hyperplasia di laboratorium patologi anatomi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. *Jurnal Sains dan Kesehatan*, 2(4), 467-471. <https://doi.org/10.25026/jsk.v2i4.224>

Viantri Kurdaningsih, S., Tri Nuritasari, R., & Annis Fathia, N. (2023). Penerapan Teknik Relaksasi Benson Sebagai Upaya Mengurangi Nyeri Akut Pasien Pasca Operasi Benigna Prostatic Hyperplasia (BPH). *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 8(3), 2023. <https://doi.org/10.30651/jkm.v8i3.18381>.

## **Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan**

Pokok Bahasan : Pemberian Teknik Relaksasi Benson

Sub Pokok Bahasan: Penatalaksanaan nyeri secara non farmakologis dengan pemberian teknik relaksasi benson untuk mengurangi nyeri post op TURP pada pasien BPH

Sasaran : Tn. S

Hari/Tanggal : Rabu/ 01 Mei 2024

Tempat : Ruangan Yoseph 6 kamar 6003 RS. Stella Maris Makassar

Waktu : Setiap shift selama +-15 menit

Pemateri : Mardiana Syahrul dan Maria Krisnianti Pakanna

### **A. Pengertian**

Teknik Relaksasi benson adalah suatu teknik relaksasi yang prosedurnya gabungan antara teknik relaksasi napas dalam dengan kata-kata keyakinan dari pasien yang dipercaya sehingga dapat menurunkan rasa nyeri dan juga cemas pada pasien. Penurunan intensitas nyeri disebabkan relaksasi dan penambahan mengingat yang membuat jantung tenang dan rileks serta otot rileks sehingga membuat responden lebih tenang Viantri (2023).

### **B. Tujuan**

#### 1. Tujuan Umum:

Setelah diberikan penyuluhan tentang teknik relaksasi benson, manfaat dan langkah-langkah melakukan teknik relaksasi benson, diharapkan pasien dapat memahami tentang teknik relaksasi benson dan dapat melakukannya sehingga dapat menurunkan skala nyeri pasien dan membuat pasien lebih nyaman dan rileks.

## 2. Tujuan Khusus

- C. Menjelaskan pengertian teknik relaksasi benson
- D. Dapat mengetahui manfaat dari teknik relaksasi benson
- E. Menjelaskan langkah-langkah teknik relaksasi benson
- F. Dapat melakukan teknik relaksasi benson

### C. Manfaat

Teknik Relaksasi Benson bermanfaat untuk menurunkan nyeri yang dirasakan pasien yang melibatkan keyakinan yang dianut oleh pasien, relaksasi benson akan menghambat efektifitas saraf simpatis yang dapat menurunkan konsumsi oksigen oleh tubuh dan selanjutnya otot-otot tubuh menjadi rileks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman sehingga dapat mengurangi atau menurunkan nyeri yang dialami oleh pasien, menurunkan rasa gelisah dan membantu kualitas tidur pasien.

### D. Materi (terlampir)

### E. Metode

- 1. Ceramah
- 2. Tanya jawab/diskusi

### F. Media

- 1. Leaflet

### G. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1	5 menit	Pembukaan : a. Mengucapkan salam sebagai pembukan b. Memperkenalkan diri	a. Pasien dan keluarga menjawab salam b. Pasien dan keluarga mendengarkan

		c. Menjelaskan tujuan dari kegiatan penyuluhan	c. Pasien dan keluarga memperhatikan
2	15 menit	<p>Pelaksanaan :</p> <p>a. Menjelaskan pengertian teknik relaksasi benson</p> <p>b. Menjelaskan manfaat pemberian teknik relaksasi benson.</p> <p>c. Mengajarkan langkah-langkah pelaksanaan teknik relaksasi benson</p> <p>d. Memberikan kesempatan kepada pasien atau keluarga tentang teknik relaksasi benson</p> <p>e. Pasien mulai mempraktekkan langkah-langkah teknik relaksasi benson yang telah di ajarkan.</p>	<p>a. Pasien dan keluarga mendengarkan dan memperhatikan</p> <p>b. Pasien dan keluarga mendengarkan dan memperhatikan</p> <p>c. Pasien dan keluarga mendengarkan dan memperhatikan</p> <p>d. Pasien dan keluarga tidak memiliki pertanyaan</p> <p>e. Pasien dapat mengikuti langkah-langkah melakukan teknik relaksasi benson dengan baik.</p>
3	5 menit	<p>Evaluasi :</p> <p>a. Mengkaji respon nyeri pasien setelah pemberian teknik relaksasi benson.</p>	<p>a. Pasien mengatakan setelah pemberian teknik relaksasi benson pasien merasa lebih nyaman dan rileks Pasien juga mengatakan nyerinya sedikit berkurang</p>

4	5 menit	Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan salam penutup	Pasien dan keluarga menjawab salam
---	---------	---	------------------------------------

## H. Evaluasi

Evaluasi Hasil:

- a. Pasien dapat mengerti tentang pengertian dan manfaat dari pemberian teknik relaksasi benson.
- b. Pasien mampu melakukan dengan baik langkah-langkah dalam pemberian teknik relaksasi benson.
- c. Nyeri pasien dapat berkurang setelah pemberian teknik relaksasi benson

## I. Materi Penyuluhan

### 1. Pengertian

Teknik Relaksasi benson adalah suatu teknik relaksasi yang prosedurnya gabungan antara teknik relaksasi napas dalam dengan kata-kata keyakinan dari pasien yang dipercaya sehingga dapat menurunkan rasa nyeri dan juga cemas pada pasien.

### 2. Tujuan

Menurunkan atau mengurangi nyeri, mengendalikan ketegangan otot dan juga mengendalikan pernapasan

### 3. Waktu

Selama 10-15 menit, 1-2 x sehari, sebaiknya sebelum makan.

### 4. Persiapan Klien dan lingkungan:

- a. Identifikasi tingkat nyeri klien
- b. Kaji kesiapan klien dan perasaan klien
- c. Berikan penjelasan tentang terapi Benson
- d. Minta klien mempersiapkan kata-kata yang diyakini
- e. Ciptakan lingkungan yang nyaman di sekitar klien

## 5. Peralatan

- a. Pengukur waktu
- b. Catatan observasi klien
- c. Pulpen dan buku Catatan Kecil

## 6. Standar Operasional Prosedur/tahapan kegiatan

- a. Persiapan perawat
  - 1) Melakukan identifikasi pasien.
  - 2) Komunikasi dengan pasien untuk *inform consent*.
  - 3) Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien.
- b. Persiapan pasien
  - 1) Mengkaji ulang kebutuhan pasien.
  - 2) Mengatur ulang kebutuhan pasien.
  - 3) Kedua tangan berada di samping tubuh
  - 4) Posisi dianjurkan baring rileks.
  - 5) Tanamkan dalam hati untuk bersikap ikhlas dan terbuka terhadap keseluruhan proses pelaksanaan relaksasi benson.
  - 6) Pilih dan ajarkan "Ya Tuhan sembuhkanlah saya, Ya Tuhan hilangkan rasa sakit saya" (disesuaikan dengan keyakinan yang dianut oleh pasien).
  - 7) Pilih suasana yang damai dan menyenangkan hati.
- c. Persiapan lingkungan
  - 1) Menjaga *privacy* pasien.
  - 2) Mengatur pencahayaan.
  - 3) Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman.
- d. Pelaksanaan
  - 2) Memilih kata-kata singkat, menenangkan dan ajak pasien berdoa, "Ya Tuhan sembuhkanlah saya, Ya Tuhan hilangkan rasa sakit saya" (disesuaikan dengan keyakinan yang dianut oleh responden).
  - 3) Pejamkan mata, bernafas lambat dan tenang sambil



melemaskan otot-otot mulai dari otot kaki, betis, paha, pinggang dan perut. Dilanjutkan dengan melemaskan otot kepala, leher dan pundak dengan memutar kepala dan menggerakkan pundak secara perlahan.

- 4) Perhatikan pernafasan dan mulai mengucapkan dalam hati kata-kata yang mendasar pada keyakinan, "Ya Tuhan sembuhkanlah saya, Ya Tuhan hilangkanlah rasa sakit saya".
  - 5) Pertahankan sikap pasrah, ikhlas dan pasif terhadap hal-hal yang mengganggu pikiran, lakukan selama 10-15 menit.
  - 6) Jika ada hal-hal yang menyebabkan terganggunya konsentrasi maka dianjurkan untuk mengatakan dalam hati bahwa semuanya berjalan dengan baik dan kembali fokus terhadap relaksasi.
  - 7) Bayangkan situasi yang damai yang membuat pasien tenang dan nyaman.
  - 8) Buka mata perlahan-lahan dan tarik nafas dalam perlahan melalui hidung kemudian keluarkan udara perlahan melalui mulut.
  - 9) Rapikan pasien.
  - 10) Kaji respon pasien setelah relaksasi benson.
- e. Pendokumentasian
- a. Dokumentasikan tindakan dalam format yang telah ditentukan.
  - b. Evaluasi hasil tindakan.

Viantri (2023)

## Lampiran2 Leaflet Pemberian Teknik Relaksasi Benson

### TERAPI RELAKSASI BENSON UNTUK



Mardiana Syahrul  
(NS2314901080)  
Maria Krisnianti Pakanna  
(NS2314901081)

**Program Studi Profesi Ners  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan  
Stella Maris Makassar  
2024**

### Apa itu Terapi Relaksasi Benson

Teknik Relaksasi benson adalah suatu teknik relaksasi yang prosedurnya gabungan antara teknik relaksasi napas dalam dengan kata-kata keyakinan dari pasien yang dipercaya sehingga dapat menurunkan rasa nyeri dan juga cemas pada pasien.



### Apa saja Tujuan Relaksasi Benson??

1. Menurunkan atau mengurangi nyeri, mengendalikan ketegangan otot dan juga mengendalikan pernapasan
2. Ketentraman hati, Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah
3. Detak jantung lebih rendah, Mengurangi tekanan darah
4. Ketahanan yang lebih besar terhadap penyakit
5. Tidur lelap/nyenyak
6. Kesehatan mental menjadi lebih baik
7. Daya ingat lebih baik
8. Meningkatkan daya berpikir logis

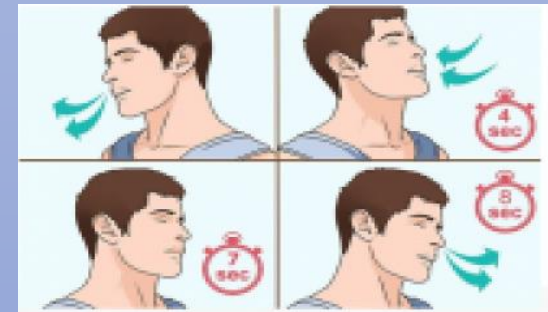
## LANGKAH- LANGKAH MELAKUKAN TEKNIK RELAKSASI BENSON

- a. Memilih kata-kata singkat, menenangkan dan ajak pasien berdoa, “Ya Tuhan sembuhkanlah saya, Ya Tuhan hilangkan rasa sakit saya” (d disesuaikan dengan keyakinan yang dianut oleh responden).
- b. Pejamkan mata, bernafas lambat dan tenang sambil melemaskan otot-otot mulai dari otot kaki, betis, paha, pinggang dan perut. Dilanjutkan dengan melemaskan otot kepala, leher dan pundak dengan memutar kepala dan menggerakkan pundak secara perlahan.

- c. Perhatikan pernafasan dan mulai mengucapkan dalam hati kata-kata yang mendasar pada keyakinan, “Ya Tuhan /1sembuhkanlah saya, Ya Tuhan hilangkanlah rasa sakit saya”.
- d. Pertahankan sikap pasrah, ikhlas dan pasif terhadap hal-hal yang mengganggu pikiran, lakukan selama 10-15 menit.
- e. Jika /1ada /1hal-hal /1yang /1menyebabkan terganggunya konsentrasi maka dianjurkan untuk mengatakan dalam hati bahwa semuanya berjalan dengan baik dan kembali fokus terhadap relaksasi.
- f. Bayangkan situasi yang damai yang membuat pasien tenang dan nyaman.



- g. Buka mata perlahan-lahan dan tarik nafas dalam perlahan melalui hidung kemudian keluarkan udara perlahan melalui mulut.



- h. Teknik Relaksasi Benson dilakukan selama 10-15 menit, 1-2 x sehari, sebaiknya /1sebelum makan.

TERIMA  
KASIH 😊

### Lampiran 3 Lembar Konsul

#### LEMBAR KONSUL







Nama dan NIM : 1. Mardiana Syahrul (NIM NS2314901080)  
2. Maria Krisnianti Pakanna (NIM NS2314901081)






Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Post TURP Benigna Prostat Hyperplasia Di Ruangannya Yoseph 6 Rumah Sakit Stella Maris Makassar"

Pembimbing : Fitriyanti Patarru', Ns.,M.Kep

NO	Hari /tanggal	Materi konsul	Tanda tangan		
			Penulis		Pembimbing
			I	II	
1.	30 April 2024	Laporan kasus, ACC kasus			
2.	01 Mei 2024	Konsultasi pengkajian, diagnosa, intervensi implementasi. - Melanjutkan implementasi hari ke 2 dan ke 3			
3.	08 Mei 2024	Konsultasi BAB III pengkajian, diagnosa, intervensi, dan implementasi - Membuat ilustrasi kasus - Perbaiki pengkajian pada pola eliminasi			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menghilangkan DS, DO dignosa ke-3 karna diagnosa resiko</li> <li>- Menyesuaikan SLKI dengan hasil evaluasi</li> <li>- Menambahkan evaluasi akhir skala nyeri setelah pemberian teknik relaksasi benson</li> <li>- Menambahkan implementasi pemberian obat yang dilakukan oleh perawat di shif malam</li> </ul>			
4.	16 Mei 2024	<p>Konsultasi BAB III</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memperhatikan kembali SLKI yang diambil pada diagnosa ke-2</li> <li>- Menambahkan implementasi balance cairan setiap shift</li> <li>- Menambakan pada evaluasi intevensi apa yang harus dilanjutkan untuk implementasi berikutnya</li> </ul>			
5.	27 Mei 2024	<p>Konsultasi BAB III, IV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menambahkan implementasi balance cairan pagi yang dilakukan oleh perawat</li> <li>- memperbaiki EBN dengan menyatukan semua artikel agar dapat</li> </ul>			

		dibandingkan			
6.	30 Mei 2024	<p>Konsultasi BAB IV, V</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menambahkan simpulan intervensi pada BAB V</li> <li>- Perbaiki penulisan spasi</li> <li>- Menambahkan sumber SOP</li> <li>- Melanjutkan dengan membuat sampul dari awal dan menyatukan BAB I-BAB V</li> <li>- Membuat daftar pustaka, dan lampiran lampiran yang ada</li> </ul>			
7.	03 Juni 2024	ACC BAB III, VI, V			






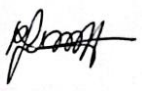
## LEMBAR KONSUL













Nama dan NIM : 1. Mardiana Syahrul (NIM NS2314901080)  
 2. Maria Krisnianti Pakanna (NIM NS2314901081)

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA : “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Post TURP Benigna Prostat Hyperplasia Di Ruang Yoseph 6 Rumah Sakit Stella Maris Makassar”

Pembimbing : Rosmina Situngkir, SKM.,Ns., M.Kes

NO	Hari/ tanggal	Materi konsul	Tanda tangan		
			Penulis		Pembimbing
			I	II	
1.	08 Mei 2024	Melaporkan kasus yang didapat - Melanjutkan membuat BAB I dan BAB II			
2.	21 Mei 2024	Konsultasi BAB I, II - Memperbaiki tulisan singkatan dan spasi - Menambahkan penjelasan untuk intervensi dari EBN yang diangkat pada latar belakang - Menambahkan sumber pada gambar anatomi - Menambahkan penjelasan secara detail dari etiologi penuaan.			

3.	28 Mei 2024	<p>Konsultasi BAB I, II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memperbaiki penulisan dan spasi</li> <li>- Memperhatikan prevalensi jumlah yang dicantumkan</li> <li>- Menghapus beberapa kalimat yang tidak perlu</li> <li>- Mengganti kata-kata yang kurang cocok</li> <li>- Menambahkan penelitian yang terkait tentang teknik relaksasi benson</li> <li>- Memperbaiki dan menghapus beberapa kata pada Tujuan penulisan dan pada manfaat penulisan.</li> </ul>			
4.	30 Mei 2024	<p>Konsultasi BAB I, II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memperbaiki beberapa kalimat yang ada pada latar belakang</li> </ul>			
5.	04 Mei 2024	<p>Konsultasi BAB I, II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memperbaiki beberapa kalimat yang ada pada latar belakang</li> <li>- Memperbaiki patway</li> </ul>			
6.	05 Mei 2024	ACC BAB I,II			



## **Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup**

### **RIWAYAT HIDUP**

#### **I. Identitas Pribadi**

Nama : Maria Krisnianti Pakanna  
Tempat/Tanggal Lahir : Rantepao/ 26 Mei 2001  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Katolik  
Alamat : Jln. Maipa Ir.35



#### **II. Identitas Orang Tua**

Ayah : Paulus Tato'  
Agama : Katolik  
Pekerjaan : PNS  
Alamat : Sangalla', Tana Toraja

Ibu : Kristina Sule Tangdiombo'

Agama : Katolik

Pekerjaan : IRT

Alamat : Sangalla', Tana Toraja

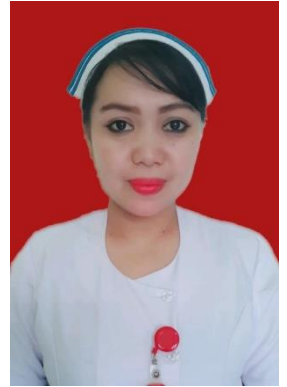
#### **III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh**

TK Pertiwi Makale : 2006-2007  
SD Katolik Renya Rosari : 2007- 2008  
SDN 120 Buntu Masakke' : 2008- 2013  
SMP Katolik Sangalla' : 2014-2017  
SMA Negeri 4 Tana Toraja : 2017-2019  
S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar: 2019-2023  
Profesi Ners : 2023-2024

## RIWAYAT HIDUP

### I. Identitas Pribadi

Nama : Mardiana Syahrul  
Tempat/Tanggal Lahir : Ujung Pandang/ 10 Januari 1989  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Alamat : Jln.Balang Baru No.9



### II. Identitas Orang Tua

Ayah : Syahrul  
Agama : Islam  
Pekerjaan : Wirausaha  
Alamat : Jln. Balang Baru No.9

Ibu : Miranti  
Agama : Islam  
Pekerjaan : Wirausaha  
Alamat : Jln. Balang Baru No.9

### III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

TK Aisyah Ujung Pandang : 1993-1994  
SDN Balang Baru 1 Makassar : 1994-2000  
SMP Tamalatea Makassar : 2000-2003  
SMAN 14 Makassar : 2003-2006  
S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar : 2021-2023  
Profesi Ners : 2023-2024