

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PRE OPERASI DENGAN BENIGNA  
PROSTAT HYPERPLASIA**



**Oleh :**

**NELVIA IVANKA**

**P07220117061**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN**

**JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN**

**SAMARINDA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PRE OPERASI DENGAN BENIGNA**  
**PROSTAT HYPERPLASIA**

Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep) pada Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



**Oleh :**

**NELVIA IVANKA**

**P07220117061**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN**  
**JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN**  
**SAMARINDA**

**2020**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang Pendidikan di perguruan tinggi manapun baik Sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan berlaku.

Balikpapan, 14 Mei 2020

Yang menyatakan

Materai  
Rp  
6000

**Nama Nelvia Ivanka**  
**NIM P07220117061**

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI**

TANGGAL 8 Mei 2020

Oleh

Pembimbing

**Nurhavati, S.ST., M.Pd**  
**NIDN. 4024016801**

Pembimbing Pendamping

**Rahmawati Shoufiah, S.ST., M.Pd**  
**NIDN. 4020027901**

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan Samarinda  
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

**Ns.Andi Lis AG, M.Kep**  
**NIP: 196803291994022001**

**KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PRE  
OPERASI BENIGNA PROSTAT HIPERPLASIA**

Telah Diuji  
Pada tanggal 8 Mei 2020

**Panitia Penguji**

Ketua Penguji

Ns. Siti Nuryanti, S.Kep  
NIDN. 4023126901

Penguji Anggota

1. Nurhayati, S.ST.,M.Pd  
NIDN. 4024016801

2. Rahmawati Shoufiah, S.ST.,M.Pd  
NIDN. 4020027901

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Prodi D-III Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M.Kes  
NIP. 196508251985032001

Ns. Andi Lis AG, M.Kep  
NIP. 196803291994022001

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Data Diri

Nama : Nelvia Ivanka  
Tempat/Tanggal Lahir : Balikpapan, 22 April 1999  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Alamat : Perum. Wika mahogany 2 blok m13 no07  
Kel. G.Samarinda baru Kec. Balikpapan  
Utara

### B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2008-2009 : TK Putra 1 Balikpapan Utara
2. Tahun 2009-2013 : SDN 009 Balikpapan Barat
3. Tahun 2013-2015 : SMP Negeri 3 Balikpapan Utara
4. Tahun 2015-2017 : SMA Negeri 2 Balikpapan Utara
5. Tahun 2017-sekarang : Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan  
Balikpapan Poltekkes Kemenkes Kaltim

## **KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur saya panjatkan kepada Allah Subhanahu wata'ala, shalawat dan salam selalu tercurahkan kepada Baginda Rasulullaah Shallallahu 'alaihi wasallam, atas berkat dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada saya sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam rangka memenuhi persyaratan ujian akhir program Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Jurusan Keperawatan Kelas C Balikpapan dengan judul "Asuhan Keperawatan pada pasien Benign Prostatic Hyperplasia"

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah saya banyak mengalami kesulitan dan hambatan akan tetapi semuanya bisa dilalui berkat bantuan dari berbagai pihak. Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. H. Supriadi B, S.Kp.,M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
2. Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Andi Lis Arming G, S.Kep, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Samarinda Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.

4. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep.,Sp.Kep.Mat, selaku penanggung jawab prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
5. Nurhayati, S.ST, M.Pd selaku Dosen Pembimbing I dalam penyelesaian laporan proposal.
6. Rahmawati Shoufiah S.ST, M.Pd selaku Dosen Pembimbing II dalam penyelesaian laporan proposal.
7. Para Dosen dan seluruh staf Keperawatan Politeknik Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur yang telah membimbing dan mendidik penulis dalam masa pendidikan.
8. Rekan-rekan mahasiswa/i Poltekkes Kemenkes Kaltim Jurusan Keperawatan Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan.

Proposal ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan proposal ini.

Balikpapan, 8 Mei 2020

Nelvia Ivanka



## **ABSTRAK**

### **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PRE OPERASI DENGAN BENIGNA PROSTAT HYPERPLASIA”**

Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) merupakan tumor jinak yang sering ditemukan pada pria yang insidennya meningkat sesuai pertambahan usia. Adenokarsinoma prostat merupakan permasalahan kesehatan di seluruh dunia, baik dari segi insiden maupun mortalitasnya. Prostate Specific Antigen (PSA) adalah petanda tumor yang perlu diperiksa pada semua pembesaran prostat.

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif dalam bentuk pengulasan kasus (literature review) dengan pendekatan Asuhan keperawatan dengan melaksanakan asuhan sebagai unit analisis. Unit analisis adalah pasien dengan kanker rektum yang menjalani kemoterapi. Metode pengambilan data adalah dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi dan pemeriksaan penunjang. Instrumen pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan sesuai ketentuan yang berlaku di Prodi keperawatan kampus Poltekkes Kaltim.

Berdasarkan analisa data diperoleh kesimpulan pengkajian membutuhkan keterampilan komunikasi yang efektif, diagnose keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien, perencanaan dan pelaksanaan ditunjang dengan fasilitas dan sarana yang mendukung, evaluasi dilakukan secara langsung baik formatif maupun sumatif.

Dapat disimpulkan bahwa setiap pasien pre operasi dengan benigna prostat hyperplasia memiliki respon yang berbeda terhadap masalah. Hal ini dipengaruhi oleh kondisi kesehatan dan kemampuan pasien dalam menghadapi suatu masalah. Sehingga diharapkan perawat harus melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien dan meningkatkan keterampilan dalam melaksanakan asuhan keperawatan khususnya pada pasien pre operasi beniga prostat hiperplasia.

**Kata Kunci :** Benigna Prostat Hiperplasia (BPH), gangguan nutrisi, nyeri, gangguan eliminasi urine dan retensi urine.

## **ABSTRACT**

### **" NURSING CAREIN OPERATING PRE PATIENTS WITH HYPERPLASIA PROSTATE BENIGNA "**

Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) is a benign tumor that is often found in men whose incidence increases with age. Prostate adenocarcinoma is a health problem throughout the world, both in terms of incidence and mortality. Prostate Specific Antigen (PSA) is a tumor marker that needs to be examined on all prostate enlargements.

This research uses descriptive qualitative method in the form of reviewing cases (literature review) with nursing care approach by implementing care as a unit of analysis. The unit of analysis is patients with rectal cancer undergoing chemotherapy. Data collection methods are by interview, observation, physical examination, documentation study and supporting examination. The data collection instruments used the format of Nursing Care in accordance with the provisions in force in the Nursing Study Program at the Poltekkes East Kalimantan campus. Based on the data analysis, it is concluded that the assessment requires effective communication skills, nursing diagnoses are adjusted to the patient's condition, planning and implementation are supported by supporting facilities and facilities, evaluation is carried out directly both formative and summative.

It can be concluded that each preoperative patient with prostate hyperplasia has a different response to the problem. This is influenced by health conditions and the ability of patients to deal with a problem. So it is expected that nurses must carry out comprehensive nursing care to deal with nursing problems in each patient and improve skills in carrying out nursing care, especially in patients with preoperative prostate hyperplasia.

**Keywords :** Benign prostate hyperplasia (BPH), nutritional disorders, pain, urine elimination disorders and urine retention.

## DAFTAR ISI

### Halaman Sampul Depan

Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat .....	i
Halaman Pernyataan .....	ii
Halaman Persetujuan .....	iii
Halaman Pengesahan.....	iv
Halaman Daftar Riwayat Hidup.....	v
Halaman Kata Pengantar .....	vi
Abstrak.....	viii
Daftar Isi .....	x
Daftar Gambar .....	
Daftar Bagan .....	
Daftar Tabel.....	xiii
Daftar Lampiran .....	xiv

### BAB 1 PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Penelitian .....	4
1. Tujuan Umum .....	4
2. Tujuan Khusus .....	4
D. Manfaat Penelitian .....	5
1. Bagi peneliti .....	5
2. Bagi tempat penelitian .....	5
3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan.....	5

### BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medis .....	6
-----------------------------	---

1. Definisi .....	6
2. Anatomi Fisiologi .....	7
3. Etiologi .....	13
4. Patofisiologi .....	14
5. Pathway benign prostat hiperplasia .....	16
6. Manifestasi Klinis .....	17
7. Penatalaksanaan .....	17
8. Pemeriksaan penunjang .....	18
9. Klasifikasi .....	23
10. Komplikasi .....	24
C. Konsep masalah keperawatan pasien <i>Benign Prostat Hyperplasia</i> .....	25
1. Pengertian Masalah Keperawatan .....	25
2. Kriteria mayor dan minor .....	25
3. faktor yang berhubungan .....	25
4. pathway Benign Prostat Hiperplasia .....	26
5. Batasan masalah .....	28
B. Konsep asuhan keperawatan pada pasien <i>Benign Prostat Hyperplasia</i> .....	38
1. Pengkajian .....	38
2. Diagnosa keperawatan .....	44
3. Intervensi .....	44
4. Implementasi keperawatan .....	54
5. Evaluasi keperawatan .....	55
<b>BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN</b>	
A. Pendekatan/Desain Penelitian .....	57
B. Subyek Penelitian .....	57
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional) .....	58
E. Prosedur Penelitian .....	59

F. Teknik dan Instrument Pengumpulan Data.....	59
G. Keabsahan Data.....	62
H. Analisis Data .....	63

#### **BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN**

A. Hasil.....	64
B. Pembahasan .....	126

#### **BAB 5 PENUTUP**

A. Kesimpulan.....	153
B. Saran .....	153

#### **DAFTAR PUSTAKA**

#### **LAMPIRAN-LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

Halaman Gambar 2.1 Anatomi fisiologi.....	8
---	---

## DAFTAR BAGAN

Halaman Bagan 2.1 Patway BPH.....	26
-----------------------------------	----

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.....	26
Tabel 4.1.....	40
Tabel 4.2.....	41
Tabel 4.3.....	47
Tabel 4.4.....	49
Tabel 4.5.....	51
Tabel 4.6.....	54
Tabel 4.7.....	57
Tabel 4.8.....	66
Tabel 4.9.....	69
Tabel 4.10.....	75



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 *literature* Studi Kasus Benigna Prostat Hiperplasia Tn. L di RSUD  
dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020

Lampiran 2 *literature* Asuhan Keperawatan pada Tn.M dengan Benigna Prostat  
Hyperplasia (BPH) di ruang kelas Utama Dahlia RSUD H.Hanafie  
Jambi

Lampiran 3 Bukti konsultasi

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Lower urinary tractus symptoms (LUTS) adalah masalah yang banyak dialami oleh laki-laki di seluruh dunia. Masalah yang dialami berupa frekuensi berkemih yang meningkat, nokturia, inkontinensia urin, aliran urin yang lambat, aliran urin yang terputus atau sensasi tidak puas setelah berkemih. Laki-laki yang mengalami LUTS secara langsung akan mengganggu kualitas hidup dan menjadi penyebab morbiditas (Arslantas et al., 2017).

Salah satu dari masalah yang memerlukan penanganan yang tepat adalah inkontinensia urine selalu merupakan suatu gejala dari masalah penyakit fisik. Pada laki-laki pembesaran kelenjar prostat menyebabkan obstruksi aliran urin dari kandung kemih (Bruno, 2019).

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

Benign prostat hyperplasia (BPH) termasuk kesulitan dalam mulai dan perasaan buang air kecil yang tidak lengkap. Saat kelenjar prostat tumbuh lebih besar, ia menekan uretra dan mempersempitnya lalu menghalangi aliran urin. Kandung kemih mulai mendorong lebih keras untuk mengeluarkan air seni, yang menyebabkan otot kandung kemih menjadi lebih besar dan lebih sensitif. Ini

membuat kandung kemih tidak pernah benar-benar kosong dan menyebabkan perasaan perlu sering buang air kecil. Gejala lain termasuk aliran urin yang lemah. (Nunes et al, 2018)

Persiapan mental pre operasi juga harus dipersiapkan untuk menghadapi pembedahan karena selalu ada kecemasan pasien terhadap penyuntikan, nyeri luka, anestesi, bahkan terhadap kemungkinan cacat atau mati (Sjamsuhidayat, 2010).

Ada beberapa jenis pembedahan yang dapat dilakan untuk penderita BPH salah satu yang paling sering dilakukan yakni Trans Urethral Resection of the Prostate (TURP) adalah suatu operasi pengangkatan jaringan prostat melalui uretra (resektroskop). Keuntungan dari tindakan ini adalah tidak dilakukan sayatan sehingga mengurangi resiko terjadinya infeksi, lebih aman bagi pasien berisiko, hospitalisasi dan periode pemulihan lebih singkat, angka morbiditas lebih rendah dan menimbulkan sedikit nyeri (Smeltzer,2015).

Salah satu intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi inkontinensia urine adalah dengan melakukan bladder training. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh bladder training dengan metode delay urination dan scheduled urination terhadap kejadian inkontinensia urine pada pasien post operasi BPH. Jenis 79 penelitian menggunakan quasi eksperimen, dengan pendekatan pre and post test pada dua kelompok intervensi tanpa menggunakan kelompok kontrol dengan jumlah sampel sebanyak 60 pasien post operasi BPH yang diperoleh dengan accidental sampling dengan jumlah masing-masing kelompok 30 orang pasien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa bladder training baik dengan teknik delay urination maupun scheduled urination sama-sama

memiliki pengaruh signifikan terhadap penurunan kejadian inkontinensia urine pada pasien post operasi BPH, tetapi tidak terdapat perbedaan hasil yang signifikan dari kedua teknik bladder training tersebut terhadap penurunan kejadian inkontinensia urine. Terkait dengan hasil penelitian ini untuk menghindari terjadinya inkontinesia urie pada pasien post operasi BPH disarankan kepada perawat agar menerapkan bladder training dengan teknik delay urination dan scheduled urination dan dalam penerapannya perlu mempertimbangkan usia dan kondisi fisik pasien (Nurhasanah, 2017).

Peran perawat sebagai care provider yaitu memberikan pelayanan keperawatan kepada individu yang difokuskan pada penanganan nyeri. Peran perawat sebagai clien advocate, perawat juga berperan sebagai pelindung klien, yaitu membantu untuk mempertahankan lingkungan yang aman bagi klien dan mengambil tindakan untuk mencegah terjadinya komplikasi dari BPH. Peran perawat sebagai conselor yaitu sebagai tempat konsultasi dari masalah yang dialami BPH dengan mengadakan perencanaan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan (Pahlevi, 2012).

Berdasarkan data dari observasi oleh peneliti pada tanggal 12 Januari 2020 di ruangan Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dari Tahun 2017 diperoleh 74 pasien dan 2018 diperoleh 53 Pasien dan 2019 diperoleh 60 Pasien yang telah dirawat dengan kasus Benigna Prostat Hiperplasia.

Berdasarkan pembahasan diatas, maka penulis tertarik untuk mengangkat masalah tersebut dalam Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan

pada pasien dengan Benigna Prostat Hiperplasia Di Rumah Sakit Umum Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur Tahun 2020”.

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan Benigna Prostat Hiperplasia di RSUD dr. Kanujoso Djatibowo Balikpapan Kalimantan Timur Tahun 2020 ?

## **C. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Mampu Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami Benigna Prostat Hiperplasia di RSUD dr. Kanujoso Djatibowo Balikpapan Kalimantan Timur secara komprehensif.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Melakukan pengkajian pada pasien yang mengalami Benigna Prostat Hiperplasia di RSUD dr. Kanujoso Djatibowo Balikpapan Kalimantan Timur Tahun 2020.
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien yang mengalami Benigna Prostat Hiperplasia di RSUD dr. Kanujoso Djatibowo Balikpapan Kalimantan Timur Tahun 2020.
- c. Merumuskan Intervensi keperawatan pada pasien yang mengalami Benigna Prostat Hiperplasia di RSUD dr. Kanujoso Djatibowo Balikpapan Kalimantan Timur Tahun 2020.
- d. Implementasi pada pasien yang mengalami Benigna Prostat Hiperplasia di RSUD dr. Kanujoso Djatibowo Balikpapan Kalimantan Timur Tahun 2020.

- e. Melakukan evaluasi Asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami Benigna Prostat Hiperplasia di RSUD dr. Kanujoso Djatibowo Balikpapan Kalimantan Timur Tahun 2020.

#### **D. Manfaat Penulisan**

1. Bagi Peneliti

Manfaat bagi peneliti adalah agar peneliti dapat menambah dan memperluas wawasan serta dapat menegakkan diagnosa dan intervensi dengan tepat untuk klien dengan masalah keperawatan pada sistem perkemihan, khususnya dengan klien yang mengalami Benigna Prostat Hiperplasia.

2. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam asuhan keperawatan pada klien Benigna Prostat Hiperplasia.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Medis**

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

Benign prostatic hyperplasia atau benigna prostat hyperplasia (BPH) disebut juga Nodular hyperplasia, benign prostatic hypertrophy atau Benign enlargement of the prostate (BEP) yang merujuk kepada peningkatan ukuran prostat pada laki-laki usia pertengahan dan usia lanjut. Benigna prostat hipertropi (BPH) adalah pembesaran kelenjar dan jaringan seluler kelenjar prostat yang berhubungan dengan perubahan endokrin berkenaan dengan proses penuaan. Prostat adalah kelenjar yang berlapis kapsula dengan berat kira-kira 20 gram, berada di sekeliling uretra dan di bawah leher kandung kemih pada pria. Bila terjadi pembesaran lobus bagian tengah prostat akan menekan dan uretra akan menyempit.

Hyperplasia dari kelenjar prostat dan sel-sel epitel mengakibatkan prostat menjadi besar. Ketika prostat cukup besar akan menekan saluran uretra menyebabkan obstruksi uretra baik secara parsial maupun total. Hal ini dapat menimbulkan gejala-gejala *urinary hesiitancy*, sering berkemih, peningkatan risiko infeksi saluran kemih dan retensi urin (Suharyanto, T. 2009)

## 2. Anatomi dan Fisiologi prostat

### a. Anatomi

Prostat adalah organ genitalia pria yang terletak di bawah dari buli-buli, di depan rektum dan membungkus uretra posterior. Bentuknya seperti buah kemiri dengan ukuran 4x3x2,5 cm dan beratnya kurang lebih 20 gram (Purnomo, 2012). Prostat memiliki kapsula fibrosa yang padat dan dilapisi oleh jaringan ikat prostat sebagai bagian fascia pelvis visceralis. Pada bagian superior dari prostat berhubungan dengan vesika urinaria, sedangkan bagian inferior bersandar pada diafragma urogenital. Permukaan ventral prostat terpisah dari simpisis pubis oleh lemak retroperitoneal dalam spatium retropubicum dan permukaan dorsal berbatas pada ampulla recti (Moore & Agur, 2002).

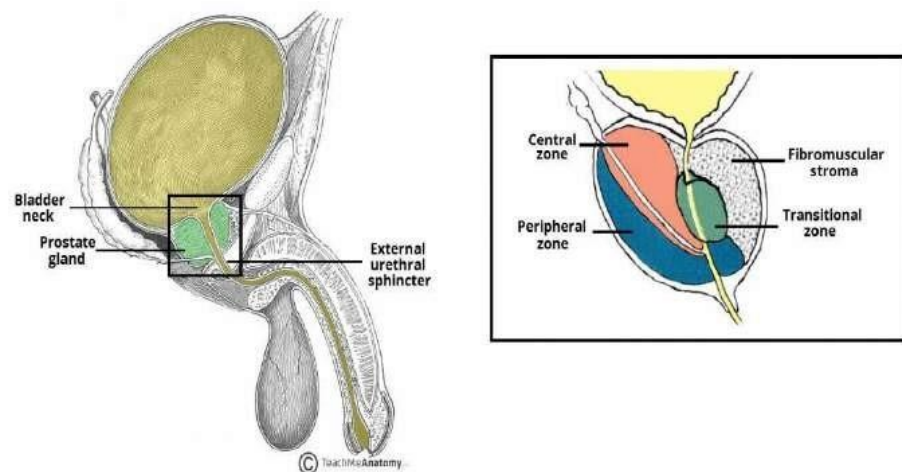
Secara anatomi, prostat berhubungan erat dengan kandung kemih, uretra, vas deferens, dan vesikula seminalis. Prostat terletak di atas diafragma panggul sehingga uretra terfiksasi pada diafragma tersebut, dapat terobek bersama diafragma bila terjadi cedera. Prostat dapat diraba pada pemeriksaan colokdubur (Sjamsuhidajat dkk, 2012).

Kelenjar prostat terbagi dalam beberapa zona, antara lain: zona perifer, zona sentral, zona transisional, zona fibromuskuler anterior dan zona periurethra. Zona perifer adalah zona yang paling besar, yang terdiri dari 70% jaringan kelenjar sedangkan zona sentral terdiri dari 25% jaringan kelenjar dan zona 15 transisional hanya terdiri dari 5% jaringan kelenjar. Sebagian besar kejadian BPH terdapat pada zona



transisional, sedangkan pertumbuhan karsinoma prostat berasal dari zona perifer (Junqueira, 2007).

Kelenjar prostat mengandung cukup banyak jaringan fibrosa dan jaringan otot polos. Kelenjar ini ditembus oleh uretra dan kedua duktus ejakulatorius, dan dikelilingi oleh suatu pleksus vena. Kelenjar limfe regionalnya ialah kelenjar limfe hipogastrik, sacral, obturator, dan iliaka eksterna (Sjamsuhidajat dkk, 2012).



**Gambar 2.1 Anatomi kelenjar prostat (Anonim, 2012 ).**

## **b. Fisiologi Prostat**

Kelenjar Kelamin Pria :

### 1) Vesikel Seminalis

Sepanjang vesikel seminalis, yang merupakan kantong terkonvusi (berkelok-kelok) yang bermuara ke dalam duktus ejakulator menghasilkan secret berupa cairan kental dan basa yang kaya akan fruktosa yang berfungsi untuk melindungi dan memberi nutrisi sperma, yang meningkatkan pH ejakulat dan

mengandung prostaglandin yang menyebabkan gerakan spermatozoa lebih cepat, sehingga lebih cepat sampai ke tuba fallopi. Setengah lebih sekresi vesik seminalis dalam semen (Wibowo, 2012).

Cairan seminal adalah cairan tempat berenangannya spermatozoa. Cairan ini memberi nutrisi (makan) kepada spermatozoa dan membantu motilitas spermatozoa. Setelah berjalan dari vesicula seminalis dan ductus ejakulatorius ke urethra, disini ditambahkan sekresi prostat dan sekresi dari glandula bulbourethralis. Akhirnya cairan seminal ini diejakulasikan selama rangsangan seksual. Sekresi prostat ini merupakan komponen paling besar dari cairan seminal (Wibowo, 2012).

## 2) Kelenjar Prostat

Prostat merupakan bangunan yang berbentuk kerucut yang panjangnya 4 cm, lebarnya 3 cm dan tebalnya 2 cm dengan berat kira-kira 8 gram. Prostat mengelilingi bagian atas urethra dan terletak dalam hubungan langsung dengan cervix vesicae urinaria. Prostat tersusun atas jaringan kelenjar dan serabut-serabut otot involunter dan berada di dalam kapsul fibrosa (Wibowo, 2012).

Prostat adalah kelenjar berbentuk donat tunggal seukuran lubang persik. Ini mengelilingi tentang uretra hanya kalah dengan kandung kemih. Tertutup oleh kapsul jaringan connective tebal,

terdiri dari 20-30 senyawa kelenjar tubuloalveolar diembed dalam massa (stroma) dari otot polos dan jaringan ikat padat (Wibowo, 2012).

Jaringan otot prostat berfungsi untuk membantu dalam ejakulasi. Sekresi prostat diproduksi secara terus-menerus dan diekskresikan ke dalam urin. Setiap hari diproduksi kira-kira 1 ml, tetapi jumlahnya tergantung dari kadar testosteron, karena hormon inilah yang merangsang sekresi tadi. Sekret prostat mempunyai pH 6,6 dan susunannya seperti plasma, tetapi mengandung bahan- bahan tambahan misalnya kolesterol, asam sitrat dan suatu enzim hialuronidase. Sekret prostat ditambahkan ke dalam sperma dan cairan seminal pada saat sperma dan cairan seminal melewati urethra (Wibowo, 2012).

Sekresi kelenjar prostat memasuki uretra prostat melalui beberapa saluran prostat ketika kontrak otot polos saat ejakulasi.

Hal ini memainkan peran dalam mengaktifkan sperma dan bertanggung jawab atas sebanyak sepertiga dari volume air mani.

Itu ia seperti susu, cairan sedikit asam yang mengandung sitrat (sumber nutrisi), beberapa enzim (fibrinolisin, hialuronidase, asam fosfatase), dan antigen prostatespecific (PSA). Prostat memiliki reputasi sebagai perusak kesehatan (mungkin tercermin dalam umum salah ucapan "prostat") (Wibowo, 2012).

Prostat sering membesar pada pria setengah umur atau umur tua, dan pembesaran ini karena tekanan lain yang disebabkan oleh apa saja pada sphincter urethra atau urethra itu sendiri, akan menyebabkan retensi urin akut. Keadaan demikian dapat disembuhkan dengan memasang kateter ke dalam vesica urinaria atau melakukan prostatektomi pada pasien tertentu (Wibowo, 2012).

3) Glandula Bulbourethralis (Cowper)

Kelenjar bulbourethral (cowper) adalah sepasang kelenjar yang ukuran dan bentuknya menyerupai kacang polong. Kelenjar ini mensekresi cairan basa yang mengandung mucus kedalam uretra penis untuk melumasi dan melindungi serta ditambahkan pada semen (spermatozoa+secret) (Wibowo, 2012).

Kelenjar prostat terletak tepat dibawah buli – buli dan mengitari uretra. Bagian bawah kelenjar prostat menempal pada diafragma urogenital atau sering disebut otot dasar panggul. Kelenjar ini pada laki - laki dewasa kurang lebih sebesar buah kemiri, dengan panjang sekitar 3 cm, lebar 4 cm dan tebal kurang lebih 2,5 cm. Beratnya sekitar 20 gram.

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 – bahan yang terdapat dalam cairan semen sangat penting dalam menunjang fertilitas, memberikan lingkungan yang nyaman dan nutrisi bagi spermatozoa serta proteksi terhadap invasi mikroba.

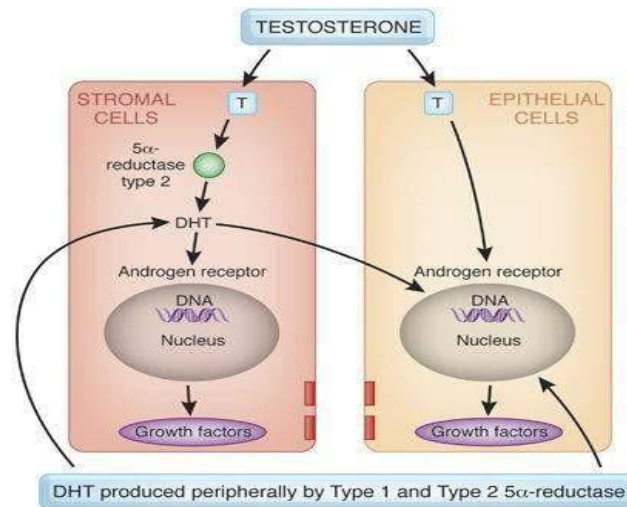
Kelainan pada prostat yang dapat mengganggu proses reproduksi adalah peradangan ( prostatitis ). Kelainan yang lain seperti pertumbuhan yang abnormal ( tumor ) baik jinak maupun ganas tidak memegang peranan penting pada proses reproduksi tetapi lebih berperan pada terjadinya gangguan aliran urin. Kelainan yang disebut belakangan ini manifestasinya biasanya pada laki - laki usia lanjut (Indah, 2011)

### 3. Etiologi Benign Prostatic Hyperplasia (BPH)

Penyebab yang pasti dari terjadinya BPH sampai sekarang belum diketahui. Namun yang pasti kelenjar prostat sangat tergantung pada hormon androgen. Faktor lain yang erat kaitannya dengan BPH adalah proses penuaan. Ada beberapa faktor kemungkinan penyebab antara lain (Kemenkes RI, 2019):

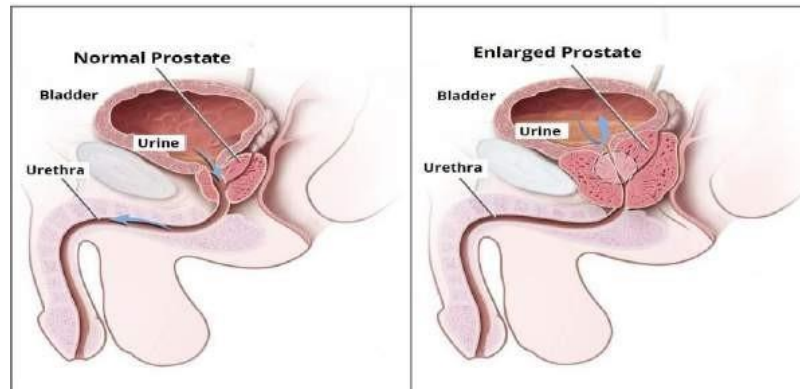
- a. Dihydrotestosteron
- b. Peningkatan 5 alfa reduktase dan reseptor androgen menyebabkan epitel dan stroma dari kelenjar prostat mengalami hiperplasi
- c. Perubahan keseimbangan hormon estrogen - testosteron
- d. Pada proses penuaan pada pria terjadi peningkatan hormon estrogen dan penurunan testosteron yang mengakibatkan hiperplasi stroma.
- e. Interaksi stroma - epitel
- f. Peningkatan epidermal growth factor atau fibroblast growth factor dan penurunan transforming growth factor beta menyebabkan hiperplasi stroma dan epitel.
- g. Berkurangnya sel yang mati
- h. Estrogen yang meningkat menyebabkan peningkatan lama hidup stroma dan epitel dari kelenjar prostat.
- i. Teori sel stem
- j. Sel stem yang meningkat mengakibatkan proliferasi sel transit.

#### 4. Patofisiologi Benign Prostatic Hyperplasia (BPH)



**Gambar 2.2 Perubahan Testosteron Menjadi Dihidrotestosteron Oleh Enzim 5 $\alpha$ -reductase (Roehrborn C et al, 2002).**

BPH terjadi pada zona transisi prostat, dimana sel stroma dan sel epitel berinteraksi. Sel sel ini pertumbuhannya dipengaruhi oleh hormon seks dan respon sitokin. Di dalam prostat, testosteron diubah menjadi dihidrotestosteron (DHT), DHT merupakan androgen dianggap sebagai mediator utama munculnya BPH ini. Pada penderita ini hormon DHT sangat tinggi dalam jaringan prostat. Sitokin berpengaruh pada pembesaran prostat dengan memicu respon inflamasi dengan menginduksi epitel. Prostat membesar karena hyperplasia sehingga terjadi penyempitan uretra yang mengakibatkan aliran urin melemah dan gejala obstruktif yaitu : hiperaktif kandung kemih, inflamasi, pancaran miksi lemah (Skinder et al, 2016).



a. Prostat normal

b. *Benign prostate hyperplasia*

**Gambar 2.3 Prostat normal dan prostat dengan *Benign prostate hyperplasia***

Perubahan mikroskopik pada prostat telah terjadi pada pria usia 30-40 tahun. Bila perubahan mikroskopik ini berkembang, akan terjadi perubahan patologi, anatomi yang ada pada pria usia 50 tahunan. Perubahan hormonal menyebabkan hiperplasia jaringan penyangga stromal dan elemen glandular pada prostat.

**6. Manifestasi Klinis**

a. Gejala iritatif meliputi (Kemenkes RI, 2019) :

- 1) Peningkatan frekuensi berkemih
- 2) Nokturia (terbangun pada malam hari untuk miksi)
- 3) Perasaan ingin miksi yang sangat mendesak/tidak dapat ditunda (urgensi)
- 4) Nyeri pada saat miksi (disuria)

b. Gejala obstruktif meliputi :

- 1) Hesitansi yaitu memulai kencing yang lama dan seringkali disertai dengan mengejan yang disebabkan oleh karena otot destrusor buli-buli memerlukan waktu beberapa lama meningkatkan tekanan



intravesikal guna mengatasi adanya tekanan dalam uretra prostatika.

- 2) Intermittency yaitu terputus-putusnya aliran kencing yang disebabkan karena ketidakmampuan otot destrussor dalam mempertahankan tekanan intra vesika sampai berakhirnya miksi
  - 3) Terminal dribbling yaitu menetesnya urine pada akhir kencing
  - 4) Pancaran lemah : kelemahan kekuatan dan kaliber pancaran destrussor memerlukan waktu untuk dapat melampaui tekanan di uretra
  - 5) Rasa tidak puas setelah berakhirnya buang air kecil dan terasa belum puas.
  - 6) Urin terus menetes setelah berkemih
- c. Gejala generalisata seperti seperti keletihan, anoreksia, mual dan muntah, dan rasa tidak nyaman pada epigastrik.

Berdasarkan keluhan dapat dibagi menjadi (Sjamsuhidajat dan De jong, 2005)

- 1) Derajat I : penderita merasakan lemahnya pancaran berkemih, kencing tak puas, frekuensi kencing bertambah terutama pada malam hari.
- 2) Derajat II : adanya retensi urin maka timbulah infeksi. Penderita akan mengeluh waktu miksi terasa panas (disuria) dan kencing malam bertambah hebat.

- 3) Derajat III : timbulnya retensi total. Bila sudah sampai tahap ini maka bisa timbul aliran refluk ke atas, timbul infeksi ascenden menjalar ke ginjal dan dapat menyebabkan pielonfritis, hidronefrosis.

## 7. Penatalaksanaan

Rencana pengobatan bergantung pada penyebab, keparahan obstruksi, dan kondisi klien (Mansjoer Arief, 2000).

### a. Observasi

Dilakukan pada klien dengan keluhan ringan, nasehat yang diberikan ialah mengurangi minum setelah makan malam untuk mengurangi nokturia, menghindari obat-obat dekongestan (parasimpatolitik), dan mengurangi minum kopi dan tidak diperbolehkan minum alkohol.

### b. Terapi Medikamentosa

#### 1) Penghambat adrenergik a

Obat yang biasa dipakai ialah prazosin, yang berfungsi untuk mengurangi obstruksi pada buli-buli tanpa merusak kontraktilitas destrusor.

#### 2) Penghambat 5-a-reduktase

Obat yang dipakai adalah finasteride. Golongan obat ini dapat menghambat pembentukan DHT sehingga prostat yang membesar akan mengecil.

### 3) Fitoterapi

#### a. Terapi Bedah

Waktu penanganan untuk tiap klien bervariasi tergantung berat ringannya gejala dan komplikasi. Indikasi absolut untuk terapi bedah, yaitu :

- 1) Retensio urine berulang.
- 2) Hematuri
- 3) Tanda penurunan fungsi ginjal.
- 4) Infeksi saluran kemih berulang.
- 5) Tanda-tanda obstruksi berat, yaitu divertikel, hidroureter, dan hidronefrosis.
- 6) Ada batu saluran kemih.

## 8. Pemeriksaan Penunjang

### a. Laboratorium

#### 1) Urinalisis / Sedimen Urin

Sedimen urine diperiksa untuk mencari kemungkinan adanya proses infeksi atau inflamasi pada saluran kemih. Pemeriksaan kultur urin berguna untuk dalam mencari jenis kuman yang menyebabkan infeksi dan sekaligus menentukan sensitifitas kuman terhadap beberapa antimikroba yang diujikan dan dapat mengungkapkan adanya leukosituria dan hematuria. Untuk itu pada kecurigaan adanya infeksi saluran kemih perlu dilakukan pemeriksaan kultur urine, dan kalau terdapat kecurigaan adanya

karsinoma buli-buli perlu dilakukan pemeriksaan sitologi urine. Pada pasien BPH yang sudah mengalami retensi urine dan telah memakai kateter, pemeriksaan urinalisis tidak banyak manfaatnya karena seringkali telah ada leukosituria maupun eritostiruria akibat pemasangan kateter (Purnomo, 2014).

## 2) Pemeriksaan fungsi ginjal

Obstruksi intravesika akibat BPH menyebabkan gangguan pada traktus urinarius bawah ataupun bagian atas. Dikatakan bahwa gagal ginjal akibat BPH terjadi sebanyak 0,3-30% dengan rata-rata 13,6%. Gagal ginjal menyebabkan resiko terjadinya komplikasi pasca bedah (25%) lebih sering dibandingkan dengan tanpa disertai gagal ginjal (17%), dan mortalitas menjadi enam kali lebih banyak. Oleh karena itu pemeriksaan faal ginjal ini berguna sebagai petunjuk perlu tidaknya melakukan pemeriksaan pencitraan pada saluran kemih bagian atas (Purnomo, 2014).

## 3) Pemeriksaan PSA (Prostate Specific Antigen)

PSA disintesis oleh sel epitel prostat dan bersifat organ specific tetapi bukan cancer specific. Serum PSA dapat dipakai untuk meramalkan perjalanan penyakit dari BPH; dalam hal ini jika kadar PSA tinggi berarti:

- (a) pertumbuhan volume prostat lebih cepat.
- (b) keluhan akibat BPH/laju pancaran urine lebih jelek.
- (c) lebih mudah terjadinya retensi urine akut.

Kadar PSA di dalam serum dapat mengalami peningkatan pada peradangan, setelah manipulasi pada prostat (biopsy prostat atau TURP), pada retensi urine akut, kateterisasi, keganasan prostat, dan usia yang makin tua. Rentang kadar PSA yang dianggap normal berdasarkan usia adalah: a. 40-49 tahun : 0-2,5 ng/ml; b. 50-59 tahun : 0-3,5 ng/ml; c. 60-69 tahun : 0-4,5 ng/ml; d. 70-79 tahun : 0-6,5 ng/ml.

Meskipun BPH bukan merupakan penyebab timbulnya karsinoma prostat, tetapi kelompok usia BPH mempunyai resiko terjangkit karsinoma prostat. Pemeriksaan PSA bersamaan dengan colok dubur lebih superior daripada pemeriksaan colok dubur saja dalam mendeteksi adanya karsinoma prostat. Oleh karena itu pada usia ini pemeriksaan PSA menjadi sangat penting guna mendeteksi kemungkinan adanya karsinoma prostat. Sebagian besar guidelines yang disusun di berbagai negara merekomendasikan pemeriksaan PSA sebagai salah satu pemeriksaan BPH (Ikatan Ahli Urologi Indonesia (IAUI), 2015).

## b. Pencitraan

### 1) Foto Polos Abdomen

Foto polos abdomen berguna untuk mencari adanya batu di saluran kemih, adanya batu/kalkulosa prostat dan kadangkala dapat menunjukkan bayangan buli-buli yang penuh terisi urin, yang merupakan tanda dari suatu retensi urin. Pemeriksaan PIV

(Pielografi Intravena) dapat menerangkan kemungkinan adanya: kelainan pada ginjal maupun ureter berupa hidroureter atau hidronefrosis, memperkirakan besarnya kelenjar prostat yang ditunjukkan oleh adanya indentasi prostat (pendesakan buli-buli oleh kelenjar prostat) atau ureter di sebelah distal, dan penyulit yang terjadi pada buli-buli yaitu adanya trabekulasi, divertikel, atau sakulasi buli-buli. Pemeriksaan pencitraan terhadap pasien BPH dengan memakai PIV atau USG, ternyata bahwa 70-75% tidak menunjukkan adanya kelainan pada saluran kemih bagian atas; sedangkan yang menunjukkan kelainan, hanya sebagian kecil saja (10%) yang membutuhkan penanganan berbeda dari yang lain. Oleh karena itu pencitraan saluran kemih bagian atas tidak direkomendasikan sebagai pemeriksaan pada BPH, kecuali jika pada pemeriksaan awal ditemukan adanya:

1. Hematuria.
2. infeksi saluran kemih.
3. insufisiensi renal (dengan melakukan pemeriksaan USG).
4. riwayat urolitiasis.
5. riwayat pernah menjalani pembedahan pada saluran urogenitalia (IAUI,dalam,Purnomo, 2014).

## 2) Pemeriksaan Ultrasonografi Transrektal (TRUS)

Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui besar atau volume kelenjar prostat, adanya kemungkinan pembesaran prostat

maligna, sebagai guideline (petunjuk) untuk melakukan biopsi aspirasi prostat, menentukan jumlah residual urine, dan mencari kelainan lain yang mungkin ada di dalam buli-buli. Disamping itu ultrasonografi transrectal mampu untuk mendeteksi adanya hidronefrosis ataupun kerusakan ginjal akibat obstruksi BPH yang lama (Purnomo, 2014).

c. Pemeriksaan Lain

Pemeriksaan Derajat Obstruksi (IAUI,dalam,Purnomo, 2014);

- 1) Residual urin yaitu jumlah sisa urin setelah miksi yang dapat dihitung dengan kateterisasi setelah miksi atau ditentukan dengan pemeriksaan USG setelah miksi. Jumlah residual urine ini pada orang normal adalah 0,09-2,24 mL dengan rata-rata 0,53 mL. Tujuh puluh delapan persen pria normal mempunyai residual urine kurang dari 5 mL dan semua pria normal mempunyai residu urine tidak lebih dari 12 mL.
- 2) Pancaran urin atau flow rate dapat dihitung secara sederhana yaitu dengan menghitung jumlah urin dibagi dengan lamanya miksi berlangsung (ml/detik) atau dengan alat uroflometri yang menyajikan gambaran grafik pancaran urin yang meliputi lama waktu miksi, lama pancaran, waktu yang dibutuhkan untuk mencapai pancaran maksimum, rerata pancaran, maksimum pancaran, dan volume urin yang dikemihkan. Pemeriksaan yang lebih teliti lagi yaitu urodinamika.

## 9. Klasifikasi

Organisasi kesehatan dunia (WHO) menganjurkan klasifikasi untuk menentukan berat gangguan miksi yang disebut WHO Prostate Symptom Score (PSS). Derajat ringan: skor 0–7, sedang: skor 8–19, dan berat: skor 20–35 (Sjamsuhidajat dkk, 2012). Selain itu, ada juga yang membaginya berdasarkan gambaran klinis penyakit BPH. Derajat berat BPH menurut Sjamsuhidajat (2005) dibedakan menjadi 4 stadium :

### a. Stadium I

Ada obstruktif tapi kandung kemih masih mampu mengeluarkan urine sampai habis.

### b. Stadium II

Ada retensi urine tetapi kandung kemih mampu mengeluarkan urine walaupun tidak sampai habis, masih tersisa kira-kira 60-150cc. Ada rasa tidak enak BAK atau disuria dan menjadi nocturia.

### c. Stadium III

Setiap BAK urine tersisa kira-kira 150 cc.

### d. Stadium IV

Retensi urine total, buli-buli penuh pasien tampak kesakitan, urinemenetes secara periodik (over flow inkontinen).



## 10. Komplikasi

Menurut Sjamsuhidajat dan De Jong (2005) komplikasi BPH adalah :

- a. Retensi urin akut, terjadi apabila buli-buli menjadi dekompensasi.
- b. Infeksi saluran kemih
- c. Involusi kontraksi kandung kemih
- d. Refluk kandung kemih
- e. Hidroureter dan hidronefrosis dapat terjadi karena produksi urin terus berlanjut maka pada suatu saat buli-buli tidak mampu lagi menampung urin yang akan mengakibatkan tekanan intravesika meningkat.
- f. Gagal ginjal bisa dipercepat jika terjadi infeksi
- g. Hematuri, terjadi karena selalu terdapat sisa urin, sehingga dapat terbentuk batu endapan dalam buli-buli, batu ini akan menambah keluhan iritasi. Batu tersebut dapat pula menimbulkan sistitis, dan bila terjadi refluks dapat mengakibatkan pielonefritis.
- h. Hernia atau hemoroid lama-kelamaan dapat terjadi dikarenakan pada waktu miksi pasien harus mengedan.

## **B. Konsep Masalah Keperawatan Benign Prostat Hiperplasia**

### **1. Pengertian Masalah Keperawatan**

Masalah keperawatan atau diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

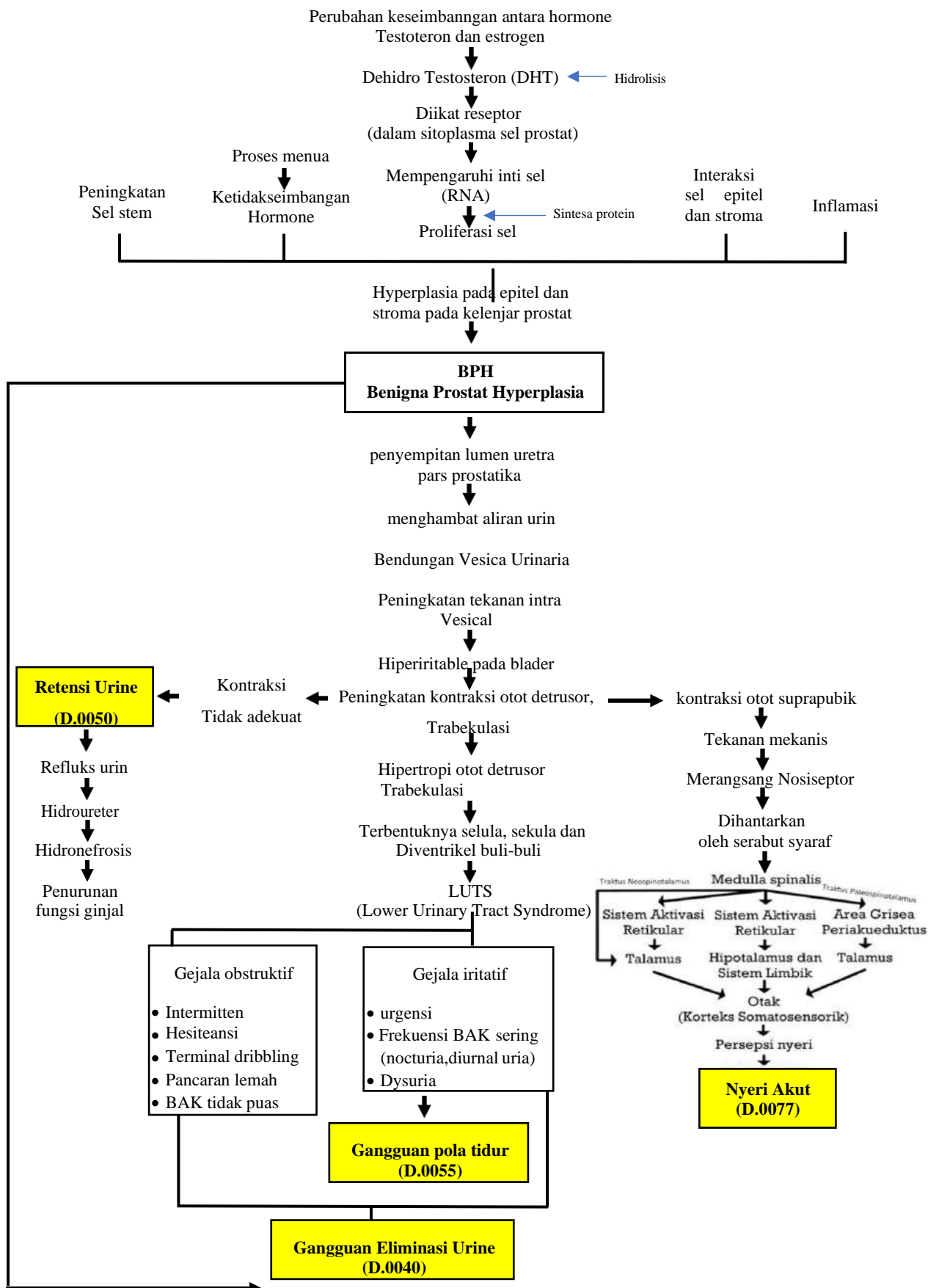
### **2. Kriteria Mayor dan Minor**

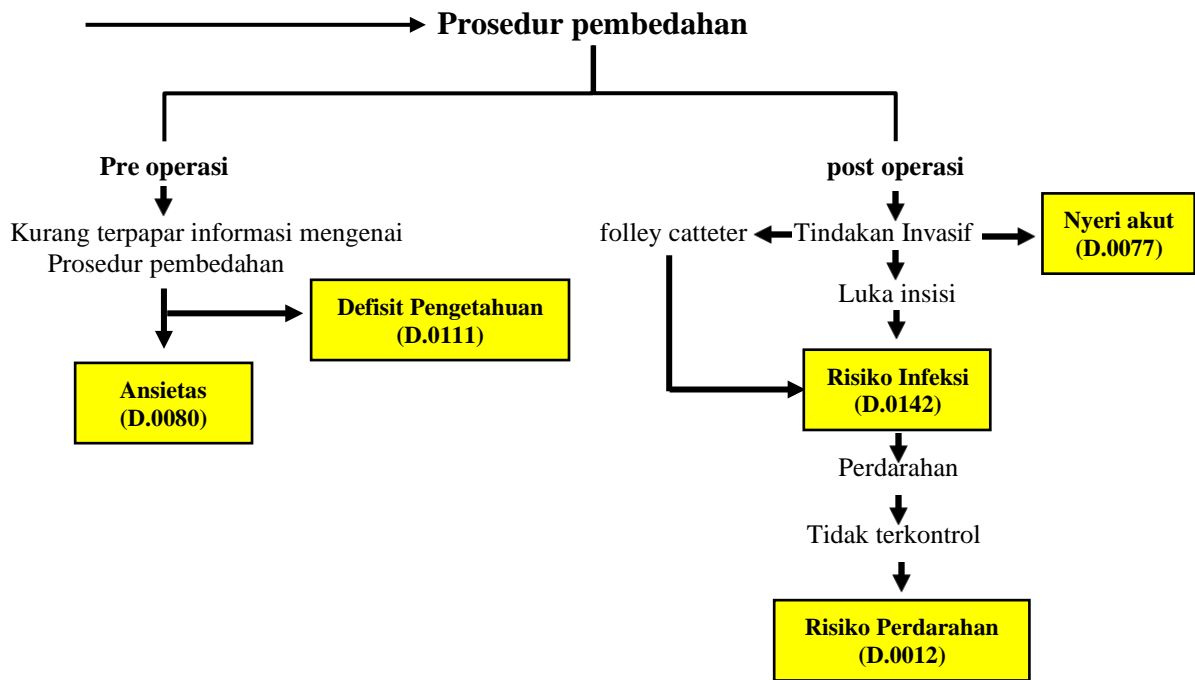
Menurut (PPNI, 2017) menyatakan kriteria mayor merupakan tanda atau gejala yang ditemukan 80%-100% pada klien untuk validasi diagnosis. Sedangkan kriteria minor merupakan tanda atau gejala yang tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakkan diagnosis.

### **3. Faktor yang Berhubungan**

Faktor yang berhubungan atau penyebab pada masalah keperawatan merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan yang mencakup empat kategori yaitu : Fisiologis, biologis atau psikologis, efek terapi atau tindakan, lingkungan atau personal, dan kematangan perkembangan (PPNI, 2017).

### 4. Pathway Benign Prostat Hiperplasia





**Bagan 2.1 Patway Benigna Prostat Hiperplasia**  
 Sumber : (Pratiwi, 2017) (PPNI, 2016b).

## 5. Batasan Masalah

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi penderita Benign Prostat Hyperplasia disesuaikan dengan Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi penderita benign prostat hyperplasia menurut (Pratiwi, 2017), (Usoilin et al., 2018) yang disesuaikan dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : definisi dan indicator diagnostic, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI), yaitu :

Pre operasi :

- a. Nyeri akut (**D.0077**)
- b. Retensi urin (**D.0050**)
- c. Gangguan Eliminasi urin (**D.0040**)
- d. Ansietas (**D.0080**)
- e. Gangguan pola tidur (**D.0055**)
- f. Defisit pengetahuan (**D.0111**)

Post operasi :

- a. Nyeri akut (**D.0077**)
- b. Risiko Infeksi (**D.0142**)
- c. Risiko perdarahan (**D.0012**)

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi klien benign prostat hyperplasia menurut Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) :

**Pre operasi :****a. Nyeri akut**

## 1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

## 2) Penyebab

Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)

## 3) Gejala dan tanda Mayor

## a) Subjektif

Mengeluh nyeri

## b) Objektif

1) Tampak meringis

2) Bersikap protektif (mis. waspada posisi menghindari nyeri)

3) Gelisah

4) Frekuensi nadi meningkat

5) Sulit tidur

## 4) Gejala dan data Minor

## a) Subjektif

Tidak tersedia

b) Objektif

- 1) Tekanan darah meningkat
- 2) Pola nafas berubah
- 3) Nafsu makan berubah
- 4) Proses berfikir terganggu
- 5) Menarik diri
- 6) Berfokus pada diri sendiri

5) Kondisi klinis terkait

**b. Retensi urin**

1) Definisi

Pengosongan kandung kemih yang tidak lengkap.

2) Penyebab

- a) Peningkatan tekanan uretra

3) Gejala dan tanda mayor

a) Subyektif

Sensasi penuh pada kandung kemih

b) Obyektif

Dysuria/anuria

Distensi kandung kemih

4) Gejala dan tanda minor

a) Subjektif

- 1) Dribbling

b) Objektif

- 1) Inkontinensia berlebih
- 2) Residu urin 150ml atau lebih

5) Kondisi klinis terkait

- a) Benigna prostat hyperplasia

**c. Gangguan Eliminasi urin**

1) Definisi

Disfungsi eliminasi urin

2) Penyebab

Penurunan kapasitas kemih

- a) Iritasi kandung kemih
- b) Penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih
- c) Efek tindakan media dan diagnostic (mis. Operasi ginjal, operasi saluran kemih, anestesi, dan obat-obatan)
- d) Kelemahan otot pelvis
- e) Ketidakmampuan mengakses toilet (mis. Imobilisasi)

3) Gejala dan tanda mayor

a) Sybjektif

- 1) Desakan berkemih (urgensi)
- 2) Urin menetes (dribbling)
- 3) Nocturia



- b) Objektif
  - 1) Distensi kandung kemih
  - 2) Berkemih tidak tuntas (hesitancy)
  - 3) Volume residu urin meningkat
- 4) Gejala dan tanda minor
  - a) Subjektif
    -
  - b) Objektif
    -
- 5) Kondisi Klinis Terkait
  - a) Saluran kemih

**d. Ansietas**

1) Definisi

kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

2) Penyebab

- a) Krisis situasional.

3) Gejala dan tanda Mayor

- a) Subjektif

- 1) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi.

- 2) Sulit berkonsentrasi.
  - b) Objektif
    - 1) Tampak gelisah
    - 2) Sulit tidur
  - 4) Gejala dan data Minor
    - a) Subjektif:
      - 1) Mengeluh pusing
      - 2) Merasa tidak berdaya
    - b) Objektif:
      - 1) Frekuensi nafas meningkat
      - 2) Frekuensi nadi meningkat
      - 3) Tekanan darah meningkat
      - 4) Muka tampak pucat
      - 5) Sering berkemih
  - 5) Kondisi klinis terkait
    - a) Penyakit akut
- e. Defisit pengetahuan**
- 1) Definisi

ketidakaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.
  - 2) Penyebab
    - a) Kurang terpapar informasi

- 3) Gejala dan tanda mayor
    - a) Subjektif
      - 1) Menanyakan masalah yang dihadapi
    - b) Objektif
      - 1) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
      - 2) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah
  - 4) Gejala dan tanda minor
    1. Subjektif : tidak tersedia
    2. Objektif :
      - a) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
      - b) Menunjukkan perilaku berlebihan (mis : apatis, bermusuhan, agitasi, hysteria).
  - 5) Kondisi klinis terkait
    - a) Kondisi klinis yang baru dihadapi oleh klien
    - b) Penyakit akut dan kronik
- f. Gangguan pola tidur**
- 1) Definisi

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat factor eksternal.
  - 2) Penyebab
    - a) Kurangnya control tidur

- 3) Gejala dan tanda Mayor
  - a) Subjektif
    - 1) Mengeluh sulit tidur
    - 2) Mengeluh sering terjaga
    - 3) Mengeluh pola tidur berubah
    - 4) Mengeluh istirahat tidak cukup
  - b) Objektif
    -
- 4) Gejala dan data Minor
  - a) Subjektif:
    - 1) Mengeluh kemampuan berktivitas menurun
  - b) Objektif:
    -
- 5) Kondisi klinis terkait
  - a) Penyakit akut

**Post operasi :**

**a. Nyeri akut**

1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

- 2) Penyebab

Agen pencedera fisiologis (mis. neoplasma)
- 3) Gejala dan tanda Mayor
  - a) Subjektif
    - 1) Mengeluh nyeri
  - b) Objektif
    - 1) Tampak meringis
    - 2) Bersikap protektif (mis.waspada posisi menghindari nyeri)
    - 3) Gelisah
    - 4) Frekuensi nadi meningkat
    - 5) Sulit tidur
- 4) Gejala dan data Minor
  - a) Subjektif

Tidak tersedia
  - b) Objektif
    - 1) Tekanan darah meningkat
    - 2) Pola nafas berubah
    - 3) Menarik diri
    - 4) Berfokus pada diri sendiri
    - 5) Diaforesis
- 5) Kondidisi klinis terkait
  - a) Kondisi pembedahan

**b. Risiko Infeksi**

## 1) Definisi

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

## 2) Faktor Risiko :

- a) Efek prosedur invasive
- b) Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan
- c) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :
- d) Kerusakan integritas kulit

## 3) Faktor yang berhubungan :

- a) Tindakan invasive

**c. Risiko perdarahan**

## 1) Definisi

Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh).

## 2) Factor risiko

- a) Tindakan pembedahan
- b) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan perdarahan

## 3) Kondisi klinis terkait

- a) Tindakan pembedahan

## **C. Konsep Asuhan Keperawatan pada Klien benigna prostat hyperplasia**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian merupakan pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, social dan lingkungan (Dermawan, 2012).

#### **a. Pengumpulan Data**

- a) Identitas pasien : Meliputi nama , umur, jenis kelamin, pekerjaan, alamat, tempat tinggal
- b) Riwayat penyakit sekarang : Pada pasien BPH keluhan keluhan yang ada adalah frekuensi , nokturia, urgensi, disuria, pancaran melemah, rasa tidak puas sehabis miksi, hesistensi ( sulit memulai miksi), intermiten (kencing terputus-putus), dan waktu miksi memanjang dan akhirnya menjadi retensi urine.
- c) Riwayat penyakit dahulu : Kaji apakah memiliki riwayat infeksi saluran kemih (ISK), adakah riwayat mengalami kanker prostat. Apakah pasien pernah menjalani pembedahan prostat.
- d) Riwayat penyakit keluarga : Adakah anggota keluarga yang mengalami penyakit seperti yang dialami pasien, adakah anggota keluarga yang mengalami penyakit kronis lainnya.
- e) Riwayat psikososial dan spiritual : Bagaimana hubungan pasien dengan anggota keluarga yang lain dan lingkungan sekitar sebelum

maupun saat sakit, apakah pasien mengalami kecemasan, rasa sakit, karena penyakit yang dideritanya, dan bagaimana pasien menggunakan coping mekanisme untuk menyelesaikan masalah yang dihadapinya.

## 2. Riwayat bio- psiko- sosial- spiritual

### a) Pola Nutrisi

Bagaimana kebiasaan makan , minum sehari- hari, jenis makanan apa saja yang sering di konsumsi, makanan yang paling disukai, frekwensi makanannya.

### b) Pola Eliminasi

Pola eliminasi kaji tentang pola berkemih, termasuk frekuensinya, ragu ragu, menetes, jumlah pasien harus bangun pada malam hari untuk berkemih (nokturia), kekuatan system perkemihan. Tanyakan pada pasien apakah mengedan untuk mulai atau mempertahankan aliran kemih. Pasien ditanya tentang defikasi, apakah ada kesulitan seperti konstipasi akibat dari prostrusi prostat kedalam rectum.

### c) Pola personal hygiene

Kebiasaan dalam pola hidup bersih, mandi, menggunakan sabun atau tidak, menyikat gigi.

### d) Pola istirahat dan tidur

Kebiasaan istirahat tidur berapa jam ?

Kebiasaan – kebiasaan sebelum tidur apa saja yang dilakukan?



e) Pola aktivitas dan latihan

Kegiatan sehari-hari, olahraga yang sering dilakukan, aktivitas diluar kegiatan olahraga, misalnya mengurus urusan adat di kampung dan sekitarnya.

f) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Kebiasaan merokok, mengkonsumsi minum-minuman keras, ketergantungan dengan obat-obatan ( narkoba ).

g) Hubungan peran

Hubungan dengan keluarga harmonis, dengan tetangga, teman-teman sekitar lingkungan rumah, aktif dalam kegiatan adat ?

h) Pola persepsi dan konsep diri

Pandangan terhadap image diri pribadi, kecintaan terhadap keluarga, kebersamaan dengan keluarga.

i) Pola nilai kepercayaan

Kepercayaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa, keyakinan terhadap agama yang dianut, mengerjakan perintah agama yang di anut dan patuh terhadap perintah dan larangan-Nya.

j) Pola reproduksi dan seksual

Hubungan dengan keluarga harmonis, bahagia, hubungan dengan keluarga besarnya dan lingkungan sekitar.

### 3. Riwayat pengkajian nyeri

P : Provokatus paliatif: Apa yang menyebabkan gejala? Apa yang bias memperberat ? apa yang bias mengurangi ?

Q : QuaLity-quantity: Bagaimana gejala dirasakan, sejauh mana gejala dirasakan

R : Region – radiasi: Dimana gejala dirasakan ? apakah menyebar?

S : Skala – severity: Seberapa tingkat keparahan dirasakan? Pada skala berapa ?

T : Time: Kapan gejala mulai timbul? Seberapa sering gejala dirasakan? tiba-tiba atau bertahap ? seberapa lama gejala dirasakan?

#### 4. Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan umum sakit sedang, kesadaran compos mentis, suhu 37,5 C, nadi 60
- b) 100X/ menit, RR 16-20x / menit tensi 120/ 80 mmHg.
- c) Pemeriksaan head to toe

Kepala dan leher : Dengan tehnik inspeksi dan palpasi :

Rambut dan kulit kepala : Pendarahan, pengelupasan, perlukaan, penekanan

Telinga : Perlukaan, darah, cairan, bau ?

Mata : Perlukaan, pembengkakan, replek pupil, kondisi kelopak mata, adanya benda asing, skelera putih ?

Hidung : Perlukaan, darah, cairan, nafas cuping, kelainan anatomi akibat trauma?

Mulut : Benda asing, gigi, sianosis, kering?

Bibir : Perlukaan, pendarahan, sianosis, kering?

Rahang : Perlukaan, stabilitas ?

Leher : Bendungan vena, deviasi trakea, pembesaran kelenjar tiroid

#### 5. Pemeriksaan dada

- a) Inspeksi : Bentuk simetris kanan kiri, inspirasi dan ekspirasi pernapasan, irama, gerakan cuping hidung, terdengar suara napas tambahan bentuk dada?
- b) Palpasi : Pergerakan simetris kanan kiri, taktil premitus sama antara kanan kiri dinding dada.
- c) Perkusi : Adanya suara-suara sonor pada kedua paru, suara redup pada batas paru dan hipar.
- d) Auskultasi : Terdengar adanya suara visikoler di kedua lapisan paru, suara ronchi dan wheezing

#### 6. Kardiovaskuler

- a) Inspeksi: Bentuk dada simetris
- b) Palpasi: Frekuensi nadi,
- c) Perkusi: Suara pekak
- d) Auskultasi: Irama regular, systole/ murmur.

#### 7. System pencernaan / abdomen

- a) Inspeksi : Pada inspeksi perlu diperlihatkan, apakah abdomen membuncit atau datar , tapi perut menonjol atau tidak, lembilikus menonjol atau tidak, apakah ada benjolan-benjolan / massa.

- b) Palpasi: Adakah nyeri tekan abdomen, adakah massa ( tumor, teses) turgor kulit perut untuk mengetahui derajat hidrasi pasien, apakah tupar teraba, apakah lien teraba?
- c) Perkusi: Abdomen normal tympanik, adanya massa padat atau cair akan menimbulkan suara pekak ( hepar, asites, vesika urinaria, tumor,)
- d) Auskultasi: Secara peristaltic usus dimana nilai normalnya 5- 35 kali permenit.

**8. Pemeriksaan extremitas atas dan bawah meliputi:**

- a) Warna dan suhu kulit
- b) Perabaan nadi distal
- c) Depornitas extremitas alus
- d) Gerakan extremitas secara aktif dan pasif
- e) Gerakan extremitas yang tak wajar adanya krapitasi
- f) Derajat nyeri bagian yang cidera
- g) Edema tidak ada, jari-jari lengkap dan utuh
- h) Reflek patella

**9. Pemeriksaan pelvis/genitalia**

- a) Kebersihan, pertumbuhan rambut.
- b) Kebersihan, pertumbuhan rambut pubis, terpasang kateter, terdapat lesi atau tidak.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada resiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan . Diagnosa keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu pasien mencapai kesehatan yang optimal (PPNI, 2016):

Pre operasi :

- a. Nyeri akut (**D.0077**)
- b. Retensi urin (**D.0050**)
- c. Gangguan Eliminasi urin (**D.0040**)
- d. Ansietas (**D.0080**)
- e. Gangguan pola tidur (**D.0055**)
- f. Defisit pengetahuan (**D.0111**)

Post operasi :

- a. Nyeri akut (**D.0077**)
- b. Risiko Infeksi (**D.0142**)
- c. Risiko perdarahan (**D.0012**)

## 3. Intervensi keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi (Nurarif & Kusuma, 2016).

Tabel 2.1 intervensi keperawatan pre operasi benigna prostat hyperplasia

No	Diagnose	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ( Mis.Neoplasma ) ( <b>D.0077</b> )	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... diharapkan nyeri menurun dengan Kriteria hasil ( <b>D.L.08066</b> ) : 1) Kemampuan pasien untuk menuntaskan aktivitas menurun 2) Keluhan nyeri menurun 3) Pasien tampak meringis menurun 4) Frekuensi nadi membaik 5) Pola nafas membaik 6) Tekanan darah membaik 7) Fungsi berkemih membaik 8) Perilaku membaik 9) Pola tidur membaik	<p><b>Manajemen Nyeri (D.I.08238)</b></p> <p><b>Obsevasi</b> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan Monitor efek samping penggunaan analgesic</p> <p><b>Terapeutik</b> 1.9 Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing,</p>

			<p>kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>Fasilitasi istirahat</p> <p>Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p>
--	--	--	--

2.	Retensi urin berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra ( <b>D.0050</b> )	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... kemampuan berkemih membaik Dengan kriteria hasil ( <b>L.03019</b> ) : 1) Sensasi berkemih meningkat 2) Desakan kandung kemih menurun 3) Distensi kandung kemih menurun 4) Berkemih tidak tuntas menurun 5) Nocturia menurun 6) Dysuria menurun 7) Frekuensi BAK membaik 8) Karakteristik urine membaik	<p><b>Manajemen eliminasi urine (I.04152)</b></p> <p><b>Observasi</b> Identifikasi penyebab retensi urine ( mis. Peningkatan tekanan uretra, kerusakan arkus refleksi, disfungsi neurologis, efek agen farmakologis) Monitor intake dan output cairan Monitor distensi kandung kemih dengan palpasi/perkusi Pasang kateter urine, jika perlu</p> <p><b>Terapeutik</b> Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih Batasi asupan cairan Ambil sampel urine tengah (<i>midstream</i>) atau kultur</p> <p><b>Edukasi</b> Jelaskan penyebab retensi urine Anjurkan pasien atau keluarga mencatat output urine Ajarkan cara melakukan rangsangan berkemih Anjurkan mengambil posisi yang nyaman Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Napas dalam,</p>
----	--	---	---



			<p>peregangan, atau imajinasi terbimbing)</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>2.13 Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu</p>
3.	Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih ( <b>D.0040</b> )	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... diharapkan pola eliminasi kembali normal dengan kriteria hasil (<b>L.03019</b>) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sensasi berkemih meningkat</li> <li>2) Desakan kandung kemih menurun</li> <li>3) Distensi kandung kemih menurun</li> <li>4) Berkemih tidak tuntas menurun</li> <li>5) Nocturia menurun</li> <li>6) Dysuria menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen eliminasi urin &amp; katerisasi urine (I.04148)</b></p> <p><b>observasi</b></p> <p>identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontenensia urine</p> <p>identifikasi factor yang menyebabkan retensi atau inkontenensia urine</p> <p>monitor urine (mis. Frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna )</p> <p><b>terapeutik</b></p> <p>catat waktu-waktu dan haluaran berkemih</p> <p>batasi asupan cairan, jikaperlu</p> <p><b>edukasi</b></p> <p>ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih</p> <p>ajarkan minum yang cukup jika tidak ada kontraindikasi</p> <p>jelaskan tujuan dan prosedur pemasangan kateter urine</p> <p>anjurkan menarik</p>

			<p>nafas saat insersi selang urine</p> <p><b>kolaborasi</b></p> <p>3.10 kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu</p>
4.	<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (<b>D.0080</b>)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... diharapkan pasien tidak cemas dengan kriteria hasil (<b>L09093</b>):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Perilaku gelisah menurun</li> <li>2) Perilaku tegang menurun</li> <li>3) Frekuensi pernafasan menurun</li> <li>4) Frekuensi nadi membaik</li> <li>5) Konsentrasi pola tidur membaik</li> <li>6) Pola berkemih membaik</li> </ol>	<p><b>Reduksi ansietas (I.09314)</b></p> <p><b>Obeservasi</b></p> <p>identifikasi saat tingkat ansietas berubah ( mis. Kondisi, waktu, stresor)</p> <p>identifikasi kemampuan mengambil keputusan</p> <p>monitor tanda-tanda ansietas ( verbal dan nonverbal</p> <p><b>terapeutik</b></p> <p>ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan motivasi</p> <p>mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p>

			<p><b>edukasi</b></p> <p>Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</p> <p>anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>latih Teknik relaksasi</p> <p>4.1 anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu</p> <p>4.12 latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p> <p>latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</p> <p><b>kolaborasi</b></p> <p>kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</p>
5.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri/kolik ( <b>D.0055</b> )	<p>Setelah dilakukan tindakan selama ...x... keperawatan pasien diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil (<b>L.05045</b>) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) keluhan sulit tidur membaik</li> <li>2) keluhan sering terjaga</li> <li>3) keluhan tidak puas tidur</li> </ol>	<p><b>Dukungan tidur (1.05174)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>identifikasi pola aktivitas dan tidur</p> <p>Identifikasi factor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)</p> <p>Identifikasi makanan atau minuman yang mengganggu tidur</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>Modifikasi lingkungan</p> <p>4.5 Fasilitasi penghilang stress jika perlu</p>

		<p>4) keluhan pola tidur berubah menurun</p> <p>5) keluhan istirahat tidak cukup menurun</p>	<p>Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</p> <p>Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga</p> <p><b>Edukasi</b> Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>4.9 Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya</p>
6.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ( <b>D.0111</b> )	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil (<b>L.12111</b>) :</p> <p>1) perilaku sesuai anjuran meningkat</p> <p>2) kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat</p> <p>3) pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun</p> <p>4) pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat</p>	<p><b>Edukasi kesehatan (L.12383)</b></p> <p><b>Observasi</b> Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Identifikasi bahaya keamanan di lingkungan (mis. Fisik, biologi, dan kimia)</p> <p><b>Terapeutik</b> Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan</p> <p>Jadwalkan Pendidikan kesehatan</p> <p>Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p><b>Edukasi</b> Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>Ajarkan perilaku</p>

		5) perilaku membaik	hidup sehat 3.8 Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
--	--	------------------------	---

**Tabel 2.2 intervensi keperawatan post operasi benigna prostat hyperplasia**

No.	Diagnosis	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan tindakan invasive (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil (L.08066) : 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Gelisah menurun 4) Frekuensi nadi membaik 5) Pola napas membaik 6) Tekanan darah membaik 7) Fungsi berkemih membaik	<b>Manajemen nyeri (I.08238)</b> <b>Observasi</b> Identifikasi factor pencetus dan Pereda nyeri Monitor kualitas nyeri ( mis. Terasa tajam, tumpul, diremas-remas, ditimpa beban berat ) Monitor lokasi dan penyebaran nyeri Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala Monitor durasi dan frekuensi nyeri <b>Terapeutik</b> Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien Dokumentasikan hasil pemantauan <b>Edukasi</b> Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

			Informasikan hasil pemantauan, jika perlu <b>Kolaborasi</b> Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgetik, sesuai indikasi
2.	Risiko infeksi dibuktikan dengan tindakan invasive <b>(D.0142)</b>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil <b>(L.14137)</b> : 1. kebersihan tangan meningkat 2. kadar sel putih membaik 3. kemerahan menurun 4. kebersihan badan meningkat 5. demam menurun 6. nyeri menurun 7. bengkak menurun	<b>Pencegahan infeksi (I.14539)</b> <b>Observasi</b> 6.1 Periksa kesiapan dan kemampuan menerima informasi 6.2 Jelaskan tanda dan gejala infeksi local dan sistemik <b>Edukasi</b> 6.3 Anjurkan membatasi pengunjung 6.4 Ajarkan cara merawat kulit pada daerah yang edema 6.5 Anjurkan nutrisi, cairan dan istirahat 6.6 Anjurkan mengelola antibiotic sesuai resep 6.7 Ajarkan cara mencuci tangan
3.	Risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan <b>(D.0012)</b>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil <b>(L.02017):</b> 1) Kelembapan membrane mukosa meningkat	<b>Pencegahan perdarahan (I.02067)</b> <b>Observasi</b> Monitor tanda dan gejala perdarahan Monitor nilai hematocrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah

		2) Kelembaban kulit meningkat 3) Kognitif meningkat 4) Hemoptosis menurun 5) Hematemesis menurun 6) Hematuria menurun 7) Perdarahan pasca operasi menurun 8) Hemoglobin membaik 9) Hematocrit membaik 10) Tekanan darah membaik 11) Denyut nadi apical membaik 12) Suhu tubuh membaik	5.3 Monitor tanda-tanda vital ortostatik 5.4 Monitor koagulasi (mis. Protombin time (PT), (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin. <b>Terapeutik</b> 5.5 Pertahankan bed rest selama perdarahan 5.6 Batasi tindakan invasive, jika perlu 5.7 Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 5.8 Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan <b>Kolaborasi</b> 5.9 Kolaborasi produk darah, jika perlu
--	--	---	---

#### 4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 1994, dalam (Potter & Perry, 2011).

Komponen tahap implementasi :

1. Tindakan keperawatan mandiri
2. Tindakan keperawatan kolaboratif

3. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan.

## 5. Evaluasi

Evaluasi, yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri. (Ali, 2009)Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan (Mubarak,dkk.,2011). Evaluasi disusun menggunakan SOAP dimana: (Suprajitno dalam Wardani, 2013):

S: Ungkapan perasaan atau keluhan yang dikeluhkan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi keperawatan.

O: Keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif.

A: Analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif.

P: Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis.

Tugas dari evaluator adalah melakukan evaluasi, menginterpretasi data sesuai dengan kriteria evaluasi, menggunakan penemuan dari evaluasi



untuk membuat keputusan dalam memberikan asuhan keperawatan.

(Nurhayati, 2011)

Ada tiga alternative dalam menafsirkan hasil evaluasi yaitu :

a. Masalah teratasi

Masalah teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan tingkah laku dan perkembangan kesehatan sesuai dengan kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

b. Masalah sebagian teratasi

Masalah sebagian teratasi apabila pasien menunjukkan perubahan dan perkembangan kesehatan hanya sebagian dari kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

c. Masalah belum teratasi

Masalah belum teratasi, jika pasien sama sekali tidak menunjukkan perubahan perilaku dan perkembangan kesehatan atau bahkan timbul masalah yang baru.

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Pendekatan / Desain Penelitian

Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dalam bentuk *review* studi kasus yang mengeksplorasi suatu masalah asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami benigna prostat hyperplasia (BPH). Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### B. Subjek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan dalam penelitian keperawatan merupakan individu dengan kasus yang akan diteliti secara rinci dan mendalam. Adapun kriteria subyek penelitian yang akan dipilih, sebagai berikut :

1. Kriteria inklusi, meliputi :
  - a. Pasien berjenis kelamin laki-laki.
  - b. Subyek terdiri dari 2 orang Pasien dewasa dengan kasus penyakit benigna prostat hyperplasia.
  - c. Pasien dewasa dengan rentang usia 40 – 70 tahun.
  - d. Pasien yang dirawat di ruang perawatan RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
  - e. Pasien bersedia menjadi responden selama penelitian studi kasus berlangsung.

2. Kriteria eksklusi, meliputi :
  - a. Pasien tidak kooperatif
  - b. Pasien tidak bersedia menjadi responden
  - c. Pasien dengan penurunan kesadaran

### **C. Definisi Operasional**

Definisi operasional menjelaskan semua istilah yang digunakan dan batasan yang berhubungan dengan judul penelitian “Asuhan Keperawatan Pasien dengan *Benigna Prostat Hiperlasia*”.

Variabel Bebas :

Asuhan keperawatan adalah adalah proses atau tahapan kegiatan dalam perawatan yang diberikan langsung kepada pasien pre dan post *Benigna Prostat Hyperplasia* dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Pelaksanaan askep dilakukan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang didasarkan ilmu dan kiat keperawatan yang bersifat humanistic, dan berdasarkan kebutuhan objektif pasien untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien serta dilandasi kode etik dan etika keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan. Dalam proses perawatan, asuhan keperawatan dilaksanakan dalam beberapa tahap yang meliputi Pengkajian, Diagnosa keperawatan, Perencanaan (Intervensi), Pelaksanaan (Implementasi), Evaluasi (formatif/proses dan sumatif).

Variabel Terikat :

*Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) adalah tumor jinak yang umum yang berkembang pada pria dan mengganggu pada pasien usia lanjut. BPH dianggap sebagai bagian normal dari proses penuaan pada pria yang terjadi akibat produksi dari hormon testosteron dan dihidrotestosteron (DHT) ( Lu Shing-Hwa, 2014). BPH terjadi karena pertumbuhan yang berlebihan pada sel stroma pada prostat dan kelenjar epitel yang menyebabkan pembesaran kelenjar prostat. BPH merupakan diagnosa penyakit proliferasi sel-sel prostat dengan ditandai gejala klinik yaitu LUTS (*Lower Urinary Tract Symptoms*) (Heidelbaugh, 2008) Untuk menentukan *Benign prostatic hyperplasia* dilihat dari rekam medis yang tercatat di ruangan yang telah didiagnosis oleh dokter.

#### **D. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur pada pasien 1 dan di RSUD H. Hanafie Muara Bungo Jambi pada Pasien 2. Waktu penelitian ini dilaksanakan pada pasien 1 tanggal 05 Maret 2020-07 maret 2020 dan 12 oktober 2019-14 oktober 2019.

#### **E. Prosedur Penelitian**

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut :

1. Mahasiswa melakukan penyusunan penelitian dengan metode review kasus.
2. Mahasiswa melakukan ujian proposal, setelah proposal disetujui oleh penguji maka penelitian akan dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data dengan review kasus.
3. Mahasiswa melakukan identifikasi laporan asuhan keperawatan terdahulu maupun melalui media internet.

4. Mahasiswa melakukan konsultasi kepada pembimbing.
5. Setelah disetujui mahasiswa kemudian membuat review kasus dari kedua subjek.
6. Mahasiswa melakukan analisis asuhan keperawatan pada kasus pasien 1 dan pasien

## **F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data**

### **1. Teknik Pengumpulan Data**

Pada sub bab ini dijelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan :

#### **a) Wawancara**

Wawancara selalu ada dua pihak yang masing-masing memiliki kedudukan yang berbeda, pihak satu sebagai pencari informasi dan pihak yang lain sebagai pemberi informasi (Sugiyono, 2009). Wawancara yang dilakukan pada klien maupun pada keluarga. Hasil wawancara berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan riwayat penyakit keluarga.

#### **b) Observasi dan Pemeriksaan Fisik**

Selain wawancara, teknik pengumpulan data yang lain adalah observasi dan pemeriksaan fisik. Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara melakukan pengamatan secara langsung ke objek penelitian untuk melihat dari dekat kegiatan yang dilakukan (Sugiyono, 2009). Hasil dari observasi dan pemeriksaan fisik yaitu tentang mengenai keadaan umum klien, respon klien terhadap asuhan keperawatan yang telah dilakukan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan. Pada pemeriksaan fisik dengan pendekatan IPPA (inspeksi, palpasi,

perkusi, dan auskultasi) pada tubuh klien untuk mengetahui kelainan yang dirasakan oleh klien.

c) Studi dokumentasi

Dokumentasi merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu (Sugiyono, 2009). Studi dokumentasi merupakan suatu teknik pengumpulan data dengan cara mempelajari dokumen untuk mendapatkan suatu data atau informasi yang berhubungan dengan masalah yang diteliti. Studi dokumentasi dalam penelitian ini adalah dengan melihat hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan, seperti hasil laboratorium, radiologi, ataupun pemeriksaan fisik lainnya untuk mengetahui kelainan-kelainan pada Pasien.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan medikal bedah sesuai ketentuan yang berlaku di Poltekkes Kemenkes Kaltim.

**G. Keabsahan Data**

Keabsahan data yang dilakukan peneliti dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh peneliti dengan melakukan pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan sehingga menghasilkan sebuah data yang akurat. Selain itu, keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan minimal selama tiga hari, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari

tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang teliti.

#### **H. Analisa Data**

Analisis data merupakan hal yang kritis dalam proses penelitian kualitatif, sehingga hipotesis dapat dikembangkan dan dievaluasi menurut Stainback dalam (Sugiyono, 2015)

Pada penelitian analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Dalam mengemukakan data dikelompokkan berdasarkan data subjektif yang berasal dari pasien atau keluarga dan data objektif yang berasal dari pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Dari data hasil pengkajian selanjutnya mengelompokkan data dengan menganalisa data yang sesuai untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Setelah menegakkan diagnosa keperawatan selanjutnya peneliti membuat rencana asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Kemudian membuat rencana asuhan keperawatan, barulah melakukan tindakan asuhan keperawatan guna mngurangi keluhan yang ada. Tindakan dilakukan sesuai standar operasional, di akhir peneliti membuat hasil evaluasi penelitian.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Pada bab ini peneliti mereview hasil dan pembahasan kasus dari Hary Handika P (Laporan dinas) dan tresna wulandari (Karya tulis ilmiah) yang selanjutnya akan diuraikan hasil dan pembahasan mengenai data umum dan data khusus tentang asuhan keperawatan pada pasien Pre Operasi Benign Prostat Hiperplasia di ruangan flamboyant B di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dan diruangan kelas utama dahlia di RSUD H. Hanafie Muara Bungo Jambi.

#### **A. Hasil**

##### **1. Gambaran Lokasi Penelitian**

Penelitian Pasien 1 dilakukan di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan yang terletak di Jalan MT Haryono No. 656 Balikpapan. RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo atau dahulu dikenal dengan Rumah Sakit Umum Balikpapan ini dibuka sejak tanggal 12 September 1949. Fasilitas yang tersedia antara lain: intalasi rawat jalan, instalasi farmasi, ruang rawat inap, fisioterapi, dan UGD 24 jam.

Flamboyan B. Ruangan Flamboyan adalah ruangan yang dikhususkan merawat pasien laki-laki dan kasus bedah. Ruangan Flamboyan B terletak di lantai dua RSUD dr.Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan dan kasus dari internet di ruang kelas utama dahlia RSUD H.Hanafie Muara Bungo .



Adapun batasan-batasan Ruang Flamboyan B yaitu sebagai berikut: sebelah timur berbatasan dengan Ruang ,sebelah utara berbatasan dengan Depo 2, dan sebelah selatan berbatasan dengan Ruang KMKB serta sebelah barat berbatasan dengan jalan menuju ke lantai 2.

Sedangkan Penelitian Pasien 2 dilakukan di RSUD H. Hanafie Muara Bungo Jambi yang terletak di Jl. Teuku Umar 88 Muara Bungo, Bungo, Jambi 37214. RSUD H. Hanafie Muara Bungo berdiri pada tahun 1980 dan pada Tahun 1982 RSUD H. Hanafie Muara bungo mulai beroperasi sebagai rumah sakit kelas d. Dengan kapasitas 70 tempat tidur yang di lengkapi dokter spesialis dengan 4 pelayanan dasar (Spesialis anak, Spesialis Penyakit Dalam, Spesialis Kebidanan dan Penyakit Kandungan serta Spesialis Bedah).

Pada sub-sub ini akan dijelaskan sebagai berikut:

## 2. Data Asuhan Keperawatan

### a. Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Klien dengan Benigna Prostat Hiperplasia

DATA ANAMNESIS	Klien 1	Klien 2
Nama	Tn. K	Tn. M
Jenis Kelamin	Laki-laki	Laki-laki
Umur	60 Tahun	63 Tahun
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Pekerjaan	Tidak Bekerja	Petani
Agama	Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	SMA	SD
Alamat	Jl. Sulawesi RT. 45 Karang rejo, Balikpapan Timur	Pulau kerakap batin 11, pelayang
Diagnosa Medis	BPH	BPH + DM type II
Nomor Register	37 83 XX	88 05 XX
MRS/ Tgl Pengkajian	4 Maret 2020 / 5 Maret 2020	10 Oktober 2019/ 12 oktober 2019

Keluhan utama	Pasien mengatakan nyeri di bagian perut bawah dan kelaminnya. Pasien mengatakan nyeri saat BAK.	Pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah, sakit dan nyeri saat BAK, Pasien juga mengatakan mual, muntah dan nafsu makan menurun.
Riwayat penyakit sekarang	Pasien mengatakan bulan Februari 2020 mengeluh nyeri saat berkemih serta tidak tuntas saat berkemih. Pada tanggal 23 februari 2020 pasien datang ke RSKD karena tidak dapat BAK sama sekali. Pada tanggal 25 februari 2020 pasien datang ke RSKD untuk menjalani operasi TURP pertama. pada tanggal 30 maret 2020 datang lagi untuk melakukan operasi TURP ke dua karena pasien mengalami sakit lagi saat BAK.	Pasien mengatakan bulan oktober 2019 mengeluh nyeri saat buang air kecil selama 1-2 hari. Pada tanggal 10 oktober 2019 sebelum dibawa ke IGD pukul 21:43 WIB pasien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah, dan dirasakan saat miring kanan maupun kiri, susah dan nyeri saat BAK, badannya lemas, Klien juga mengatakan tidak nyaman dengan kondisi yang dialaminya, nyeri timbul disebabkan saat BAK, Nyeri dirasakan di pagi hari, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk benda tajam, nyeri dirasakan sampai kepinggang bagian belakang, Skala nyeri 7, nyeri dirasakan saat melakukan aktivitas berat, Klien tampak lemah, Klien tampak gelisah
Riwayat penyakit dahulu	Pasien mengatakan pernah menjalani operasi BPH	Pasien mengatakan pernah dirawat dengan diagnose DM
Riwayat penyakit keluarga	Klien mengatakan Keluarga tidak ada yang	Klien mengatakan Keluarga tidak ada yang

	memiliki kelainan / kecacatan dan menderita suatu penyakit yang berat.	memiliki kelainan / kecacatan dan menderita suatu penyakit yang berat.
Psikososial	<p>Klien dapat berkomunikasi dengan perawat maupun orang lain sangat baik dan lancar serta menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat. Orang yang paling dekat dengan Klien adalah anaknya. Ekspresi Klien terhadap penyakitnya yaitu tidak ada masalah.</p> <p>Klien mengatakan interaksi dengan orang lain baik dan tidak ada masalah. Reaksi saat interaksi dengan Klien kooperatif dan tidak ada gangguan konsep diri.</p>	<p>Klien dapat berkomunikasi dengan perawat maupun orang lain sangat baik dan lancar serta menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat. Orang yang paling dekat dengan Klien adalah anaknya dan istrinya dalam mengambil keputusan. Persepsi diri Klien mengatakan berharap cepat sembuh dari penyakit dan ingin cepat pulang.</p> <p>. Klien mengatakan sudah cukup bahagia melihat anak-anak dan cucu. Klien mengatakan jika stres klien melakukan pemecahan masalah dengan keluarga. klien mengatakan kepercayaan nya ialah Allah SWT, klien beragama Islam</p>
Personal Hygiene dan Kebiasaan	<p>Saat di rumah Klien memiliki kebiasaan mandi sebanyak 3 kali sehari, sikat gigi sebanyak 3 kali sehari dan keramas sebanyak 1 kali sehari, memotong kuku seminggu sekali.</p> <p>Saat ini Klien tidak merokok, ia mengatakan sudah berhenti sejak 2 tahun yang lalu dan tidak minum minuman beralkohol.</p>	<p>Saat di rumah Klien memiliki kebiasaan mandi sebanyak 3 kali sehari, dan sikat gigi sebanyak 3 kali sehari, memotong kuku seminggu sekali.</p> <p>Klien mengatakan sekarang sudah tidak merokok lagi, tetapi dahulu ia sering merokok dengan frekuensi 3-4 kali/hari..</p>

Spiritual	Sebelum sakit Klien sering untuk beribadah begitupun selama ia sakit	Sebelum sakit Klien sering untuk beribadah begitupun selama ia sakit
-----------	--	--

Berdasarkan tabel 4.1 ditemukan data dari identitas klien. Pada klien 1 bernama Tn. K berusia 60 tahun, berjenis kelamin laki – laki, masuk rumah sakit pada tanggal 30 Maret 2020 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 30 Maret 2020 dengan diagnosa medis Benigna Prostat Hiperplasia. Sedangkan pada Pasien 2 bernama Tn. M berusia 63 tahun, berjenis kelamin laki – laki, masuk rumah sakit dan tanggal pengkajian sama yaitu pada tanggal 10 Oktober 2020 dengan diagnosa medis Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) + DM type II.

Pada pengkajian riwayat kesehatan pada Pasien 1 keluhan utama ditemukan Pasien mengatakan nyeri di bagian perut bawah dan kelaminnya sedangkan pada Pasien 2 keluhan utama ditemukan Pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah, sakit dan nyeri saat BAK. Pada riwayat penyakit sekarang ditemukan data Pasien 1 sekarang Pasien untuk melakukan operasi TURP ke dua karena pasien mengalami sakit lagi saat BAK. Sedangkan pada Pasien 2 didapatkan data dari riwayat penyakit sekarang yaitu Pasien dirawat karena Pasien mengeluh nyeri perut bagian bawah, sakit dan nyeri saat BAK, Pasien juga mengatakan mual, muntah dan nafsu makan menurun.

Pada pengkajian riwayat penyakit dahulu ditemukan data Pasien 1 pernah melakukan operasi pertama kasus BPH dan Pasien 2 yaitu pernah

menderita DM type II dan pernah dirawat.. Pada riwayat penyakit keluarga Klien 1 dan Klien 2 tidak ditemukan masalah, keluarga tidak ada yang memiliki kelainan / kecacatan dan menderita suatu penyakit yang berat.

Pada pengkajian data psikososial pada klien 1 dan klien 2 tidak ditemukan masalah keperawatan pola komunikasinya baik, klien dapat berinteraksi dengan kooperatif dan tidak ada gangguan pada konsep diri.

Pada pengkajian data Personal hygiene dan kebiasaan Klien 1 dan klien 2 tidak ditemukan masalah. Klien 1 dan klien 2 memiliki riwayat sebagai perokok dahulu tetapi saat sakit pasien sudah berhenti merokok.

Pada pengkajian spiritual pada Klien 1 dan Klien 2 tidak ditemukan masalah, sebelum sakit dan selama di rumah sakit Klien selalu beribadah.

Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik Pasien dengan L di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020 dan RSUD H. Hanafie Muara Bungo Tahun 2019

<b>Pemeriksaan</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
1. Keadaan umum	Sedang Tampak terpasang infus RL pada tangan sebelah kanan	Sedang Tampak terpasang infus RL pada tangan sebelah kiri
2. Kesadaran	Compos Mentis GCS : E4 M6 V5	Compos Mentis GCS : E4 M6 V5
3. Tanda-tanda vital	TD : 90/70 mmHg Nadi : 89x/menit Suhu : 37,6°C RR : 20x/menit MAP : 77 mmHg	TD : 130/80 mmHg Nadi : 82x/menit Suhu : 36,20°C RR : 20x/menit MAP : 97 mmHg

4. Kenyamanan/nyeri	<p>Pasien mengatakan nyeri saat berkemih  Pasien mengatakan nyeri seperti di sayat-sayat  Pasien mengatakan nyeri dirasa dibagian perut bawah dan kelamin  Pasien mengatakan nyeri setiap saat  Skala nyeri : 4</p>	<p>Pasien mengatakan nyeri saat buang air kecil  Pasien mengatakan nyeri dirasakan saat melakukan gerakan-gerakan miring kiri dan kanan  Pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah  Pasien juga mengatakan nyeri saat BAK  Skala nyeri : 7</p>
5. Status Fungsional/ Aktivitas dan Mobilisasi <i>Barthel Indeks</i>	<p>Nilai skor : 13  Kategori ketergantungan : Ringan</p>	<p>Nilai skor : 10  Kategori ketergantungan : Sedang</p>
6. Pemeriksaan kepala a. Rambut	<p>Bentuk kepala Klien oval, tidak ditemukan adanya penonjolan pada tulang kepala Klien, fingerprint di tengah frontal terhidrasi, kulit kepala bersih, penyebaran rambut tidak merata merata, warna hitam beruban (dominan putih), mudah patah, tidak bercabang.</p>	<p>Bentuk kepala Klien bulat, tidak ditemukan adanya penonjolan pada tulang kepala Klien, kulit kepala bersih, penyebaran rambut tidak merata, warna hitam beruban (dominan putih), tidak bercabang.</p>
b. Mata	<p>Mata lengkap dan simetris kanan dan kiri, tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, sclera putih, konjungtiva anemia, palpebra tidak ada edema, kornea jernih, reflek +, pupil isokor</p>	<p>Mata lengkap dan simetris kanan dan kiri tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, sclera putih, konjungtiva merah muda, palpebra tidak ada edema, kornea jernih, reflek +, pupil isokor</p>

c. Hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasi di tengah, tidak ada secret atau sumbatan pada lubang hidung, ketajaman penciuman normal, dan tidak ada kelainan	Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasi di tengah, tidak ada secret atau sumbatan pada lubang hidung, ketajaman penciuman normal, dan tidak ada kelainan
d. Rongga mulut	Bibir berwarna coklat gelap, terdapat 2 gigi geraham yang berlubang, lidah berwarna merah muda, mukosa lembab, tonsil tidak membesar	Bibir berwarna coklat gelap, terdapat 4 gigi geraham yang berlubang, lidah berwarna merah muda, mukosa lembab, tonsil tidak membesar.
e. Telinga	Telinga simetris kanan dan kiri, ukuran sedang, kanalis telinga bersih kanan dan kiri, tidak ada benda asing dan bersih pada lubang telinga, Klien dapat mendengar suara gesekan jari.	Telinga simetris kanan dan kiri, ukuran sedang, kanalis telinga bersih kanan dan kiri, tidak ada benda asing dan bersih pada lubang telinga, Klien dapat mendengar suara gesekan jari.
7. Pemeriksaan Leher	Tidak ada lesi jaringan parut, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, Tidak teraba adanya massa di area leher, tidak ada teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada teraba pembesaran kelenjarlimfe	Kelenjar getah bening tidak teraba, tiroid tidak teraba, posisi trakea terletak di tengah
8. Pemeriksaan thorak: Sistem Pernafasan	Tidak ada sesak, tidak ada batuk. Bentuk dada	Tidak ada sesak, tidak ada batuk. Bentuk dada

	<p>simetris, pola nafas normal, frekuensi 20x/menit, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada otot bantu nafas. Vocal premitus teraba sama kanan dan kiri saat Klien mengucap tujuh-tujuh.</p> <p>Batas paru hepar normal ICS ke 4 suara perkusi sonor. Suara nafas vesikuler, suara ucapan jelas, tidak ada suara nafas tambahan</p>	<p>simetris, frekuensi 20x/menit, irama nafas teratur, pola nafas normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada otot bantu nafas, tidak ada alat bantu nafas. Vocal premitus teraba sama kanan dan kiri saat Klien mengucap tujuh-tujuh, tidak terdapat krepitasi. Batas paru hepar normal ICS ke 4 suara perkusi sonor. Suara nafas vesikuler, suara ucapan jelas, tidak ada suara nafas tambahan</p>
<p>9. Pemeriksaan Jantung: Sistem Kardiovaskuler</p>	<p>Tidak ada nyeri dada, CRT &lt; 2 detik, ujung jari tidak tabuh. Ictus cordis tidak tampak, ictus cordis teraba di ICS V linea midclavikularis kiri selebar 1 cm, basic jantung terletak di ICS III sternalis kanan dan ICS III sternalis kiri, suara perkusi redup, pinggang jantung terletak di ICS III sampai V sternalis kanan suara perkusi redup, apeks jantung terletak di ICS V midclavikularis kiri suara perkusi redup. Bunyi jantung I terdengar lup dan</p>	<p>Tidak ada nyeri dada, CRT &lt; 2 detik, ujung jari tidak tabuh. Ictus cordis tidak tampak, ictus cordis teraba di ICS V linea midclavikularis kiri selebar 1 cm, basic jantung terletak di ICS III sternalis kanan dan ICS III sternalis kiri, suara perkusi redup, pinggang jantung terletak di ICS III sampai V sternalis kanan suara perkusi redup, apeks jantung terletak di ICS V midclavikularis kiri suara perkusi redup. Bunyi jantung I terdengar lup dan</p>



	bunyi jantung II terdengar dup. Tidak ada bunyi jantung tambahan.	bunyi jantung II terdengar dup. Tidak ada bunyi jantung tambahan.
10. Pemeriksaan sistem pencernaan dan status nutrisi	BB : 65 kg TB : 165 cm IMT : 23,9 (kategori : berlebih), total skor parameter : 0 Klien BAB 1x selama sakit, jenis diet tinggi kalori tinggi protein (TKTP), nafsu makan baik dengan frekuensi 3x sehari, porsi makan habis.	BB : 74 kg TB : 164 cm IMT : 20,44 (kategori : normal), total skor parameter: 1 Pasien makan 3x/hari MB (Makanan Biasa) Mual, muntah, anoreksia ½ porsi makanan yang diberikan dalam waktu 3 kali sehari.
Abdomen	Bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan/masa, tidak ada bayangan vena, peristaltic usus 6x/menit terdengar lambat, palpasi abdomen teraba keras, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri tekan pada Mc.Berney, suara abdomen tympani, tidak ada asites	Bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan/masa, tidak ada bayangan vena, peristaltic usus 17x/menit terdengar lambat, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri tekan pada Mc.Berney, suara abdomen tympani, tidak ada asites
11. Sistem Persyarafan	Status memori panjang, perhatian dapat mengulang, bahasa baik, dapat berorientasi pada orang, tempat dan waktu, tidak ada	Status memori panjang, perhatian dapat mengulang, bahasa baik, dapat berorientasi pada orang, tempat dan waktu, ada keluhan

	<p>keluhan pusing, istirahat tidur 5-6 jam/hari, sering terbangun saat nyeri saat berkemih. Pada pemeriksaan saraf kranial, nervus I Pasien dapat membedakan bau, nervus II Pasien dapat melihat dan membaca tanpa memakai kaca mata, nervus III Pasien dapat menggerakkan bola mata kebawah dan kesamping, nervus IV pupil mengecil saat dirangsang cahaya, nervus V Pasien dapat merasakan sensasi halus dan tajam, nervus VI Pasien mampu melihat benda tanpa menoleh, nervus VII Pasien bisa senyum dan menutup kelopak mata dengan tahanan, nervus VIII Pasien dapat mendengar gesekan jari, nervus IX uvula berada ditengah dan simetris, nervus X Pasien dapat menelan, nervus XI Pasien bisa melawan tahanan pada pipi dan bahu, dan nervus XII Pasien dapat menggerakkan lidah. Pada pemeriksaan refleks fisiologis ditemukan adanya</p>	<p>pusing, istirahat tidur 4-5 jam/hari.pasien sering terbangun di malam hari. Pada pemeriksaan saraf kranial, nervus I Pasien dapat membedakan bau, nervus II Pasien dapat melihat dan membaca tanpa memakai kaca mata, nervus III Pasien dapat menggerakkan bola mata kebawah dan kesamping, nervus IV pupil mengecil saat dirangsang cahaya, nervus V Pasien dapat merasakan sensasi halus dan tajam, nervus VI Pasien mampu melihat benda tanpa menoleh, nervus VII Pasien bisa senyum dan menutup kelopak mata dengan tahanan, nervus VIII Pasien dapat mendengar gesekan jari, nervus IX uvula berada ditengah dan simetris, nervus X Pasien dapat menelan, nervus XI Pasien bisa melawan tahanan pada pipi dan bahu, dan nervus XII Pasien dapat menggerakkan lidah.</p>
--	---	---

	<p>gerakan fleksi pada tangan kanan dan tangan kiri saat dilakukan pemeriksaan refleks bisep dan ditemukan adanya gerakan ekstensi saat dilakukan pemeriksaan refleks trisep. Pada pemeriksaan refleks patella ditemukan adanya gerakan tungkai ke depan pada kaki kanan dan kaki kiri. Pada pemeriksaan refleks patologis berupa refleks babinsky ditemukan adanya gerakan fleksi pada jari – jari.</p>	<p>Pada pemeriksaan refleks fisiologis ditemukan adanya gerakan fleksi pada tangan kanan dan tangan kiri saat dilakukan pemeriksaan refleks bisep dan ditemukan adanya gerakan ekstensi saat dilakukan pemeriksaan refleks trisep. Pada pemeriksaan refleks patella ditemukan adanya gerakan tungkai ke depan pada kaki kanan dan kaki kiri. Pada pemeriksaan refleks patologis berupa refleks babinsky ditemukan adanya gerakan fleksi pada jari – jari.</p>
12. Sistem Perkemihan	<p>Bersih, keluhan berkemih. Klien, produksi urine 800 ml/hari, warna kuning jernih dan bau khas. ada nyeri tekan dan pembesaran pada kandung kemih.</p>	<p>Bersih, ada keluhan berkemih., produksi urine 1000 ml/hari, warna kuning jernih dan bau khas. ada nyeri tekan dan pembesaran pada kandung kemih.</p>
13. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen	<p>Pergerakan sendi bebas, otot simetris kanan dan kiri. Pada pemeriksaan tangan kanan, tangan kiri dan kaki kanan, kaki kiri didapatkan kekuatan otot 5.</p>	<p>Pergerakan sendi bebas, otot simetris kanan dan kiri. Pada pemeriksaan tangan kanan, tangan kiri dan kaki kanan, kaki kiri didapatkan kekuatan otot 5.</p>

	$\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$ <p>Penilaian edema tidak ada edema ekstremitas dan tidak ada pitting edema. Tidak terdapat peradangan dan ruam pada kulit. Total nilai pada penilaian risiko decubitus adalah 21 (kategori : low risk)</p>	$\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$ <p>Penilaian edema tidak ada edema ekstremitas dan tidak ada pitting edema. Tidak terdapat peradangan dan ruam pada kulit. Total nilai pada penilaian risiko decubitus adalah 22 (kategori : low risk)</p>
14. Sistem Endokrin	<p>Tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid, tidak terdapat pembesaran pada kelenjar getah bening bagian leher. Tidak terdapat hipoglikemia dan hiperglikemia. Tidak terdapat riwayat luka sebelumnya dan tidak terdapat riwayat amputasi sebelumnya.</p>	<p>Tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening. Tidak terdapat hipoglikemia. Tidak terdapat riwayat luka sebelumnya dan tidak terdapat riwayat amputasi sebelumnya.</p>
15. Seksualitas dan Reproduksi a. Genitalia	<p>tidak ada benjolan pada axilla dan clavikula.</p> <p>Klien sudah disunat, ada pembesaran pada kelenjar prostat.</p>	<p>tidak ada benjolan pada axilla dan clavikula.</p> <p>Klien sudah disunat, ada pembesaran pada kelenjar prostat.</p>
16. Keamanan Lingkungan	<p>Total penilaian risiko Klien jatuh dengan skala morse adalah 30 (kategori: rendah)</p>	<p>Total penilaian risiko Klien jatuh dengan skala morse adalah 20 (kategori: rendah)</p>

Berdasarkan tabel 4.2 ditemukan data dari pemeriksaan fisik pada pemeriksaan sistem perkemihan terdapat kesamaan pada Pasien 1 dan Pasien 2, yaitu rambut Pasien mengalami nyeri saat BAK. Pada pemeriksaan system persyarafan Pasien 1 dan 2 mengalami kesulitan untuk tidur dikarenakan nyeri saat ingin BAK malam hari . Pada pemeriksaan Seksualitas dan Reproduksi Pasien 1 dan 2 terdapat pembesaran pada kelenjar prostat. Pada pemeriksaan kenyamanan Pasien 1 dan 2 tampak tidak nyaman dengan nyeri saat BAK.

Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang Pasien dengan Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020 dan RSUD H. Hanafie Muara Bungo Tahun 2019

<b>Pemeriksaan Penunjang</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Laboratorium	Pada tanggal 07 April 2019 Pukul : 18.50 WITA Hematologi Lengkap Hemoglobin: 13.9 g/dL (13.0 – 18.0) Leukosit: 8.7 $10^3/uL$ (4.00 - 10.00) Eritrosit: 4.87 $10^6/uL$ (4.50 – 6.20) Hematokrit: 40 % (40.0 – 54.0) Trombosit: 278 $10^3/uL$ (150 - 450)  Elektrolit darah Kalsium (ion) 1.40 mmol/L (1.12 – 1.32) Natrium 134 mmol/L (136-146)	Pada tanggal 10 Oktober 2019 Pukul 14 : 45 WIB Hematologi Lengkap Hemoglobin: 12.0 g/dL (13.0 – 18.0) Leukosit: 7.9 $10^3/uL$ (4.00 - 10.00) Eritrosit: 4.75 $10^6/uL$ (4.50 – 6.20) Hematokrit: 37 % (40.0 – 54.0) Trombosit: 327 $10^3/uL$ (150 - 450)  Elektrolit darah Kalsium (ion) 1.30 mmol/L (1.12 – 1.32) Natrium 141 mmol/L (136-146)

	Kalium 3.8 mmol/L (3.5 – 5.1) SGOT (AST) 16 U/L (≤ 40) SGPT (ALT) 40 U/L (≤ 41) Ureum darah 32.9 mg/dL (16.6-48.5)	Kalium 3.5 mmol/L (3.5 – 5.1) SGOT (AST) 28 U/L (≤ 40) SGPT (ALT) 16 U/L (≤ 41) Ureum darah 40 mg/dL (16.6-48.5) Kreatinin darah 1.2 mg/dL (0.67 – 1.50) Gula darah sewaktu 492 mg/dl (<180)
Rontgen	Tidak ada	Tidak ada
EKG	Tidak ada	Tidak ada
USG	USG VU : Besar bentuk, dinding melebar irregular, batu (-), tampak bayangan massa padat di pole bawah VU: batas kasar, echo struktur heterogen. Kesan : USG tampak massa di pole bawah vesica urinaria Ed/DD/ : - Prostat hypertropia	USG VU : batas kasar, echo struktur heterogen. Kesan : - Prostat hypertropia
Lain-lain :		

Berdasarkan tabel 4.7 ditemukan data pada Pasien 1 dan pasien 2 dilakukan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan USG. Pada pasien 1 dan pasien 2 pada pemeriksaan USG ditemukan adanya pembesaran kelenjar prostat yang artinya mendukung adanya Benign Prostat Hiperplasia.

Tabel 4.4 pemberian obat Pasien dengan benigna prostat hyperplasia di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020 dan RSUD H. Hanafie Muara Bungo Tahun 2019

<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Pada tanggal 3 Maret 2020 - Ceftriaxone 2 x 1 mg (IV) - Metronidazole 3 x 1 mg (IV) - Harnal 1 x 0.4 tablet - Avodart 1 x 0.5 tablet - Traneksamat Acid 3 x 500 mg - Ketorolac 3 x 30 mg - Paracetamol 4 x 500 mg	Pada tanggal 12 Oktober 2019 - Infus RL 20 TPM - Injeksi Cefoperazon 2 x1 gram - Ranitidine 2 x 50 mg IV - Lantidex 1 x 10 unit SC - Novorapid 3 x 6 unit - Avodart 1 x 0.4 tablet

Berdasarkan tabel 4.4 ditemukan data penatalaksanaan terapi pemberian obat pada Pasien 1 yaitu ceftriaxone, metronidazole, harnal, Avodart, traneksamat acid, ketorolac, dan paracetamol. Sedangkan terapi pemberian obat pada Pasien 2 yaitu : RL, cefoferazon, ranitidine, lantidex, novorapid, dan avodart.

## b. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.5 Diagnosa Keperawatan Pasien dengan Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020 dan RSUD H. Hanafie Muara Bungo Tahun 2019

No Urut	Klien 1		Klien 2	
	Hari/Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI)	Hari/Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (NIC&NOC)
1.	Kamis, 5 Maret 2020	Nyeri akut b.d Agen pencedera Fisiologis (D.0077) Batasan karakteristik (kriteria mayor dan minor) : <b>Data subjektif</b> P: pasien mengatakan nyeri saat berkemih Q:pasien mengatakan nyeri seperti di sayat-sayat. R:pasien mengatakan nyeri dibagian perut bawah dan kelamin S: skala nyeri 4 dilihat dari	Jum'at, 12 Oktober 2019	Nyeri Akut b/d spasme otot spingter <b>Data subjektif</b> - Klien mengatakan nyeri saat buang air kecil - Klien mengatakan nyeri dirasakan saat melakukan gerakan-gerakan miring kiri dan kanan - Klien mengatakan nyeri perut bagian bawah <b>Data objektif :</b> - Skala nyeri 7 - Nyeri seperti ditusuk-tusuk



		<p>raut muka pasien</p> <p>T:nyeri di rasa terus menerut</p> <p><b>Data Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- KU : Sedang, kesadaran compos mentis</li> <li>- TD : 90/70 mmHg</li> <li>- Nadi :88x/menit</li> <li>- Suhu : 37,6°C</li> <li>- RR:20x/menit</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri dirasakan di pagi hari</li> <li>- Tekanan darah klien 130/80 mmHg.</li> <li>- N : 82 x/i</li> <li>- RR : 20 x/i</li> <li>- S : 36,2 C</li> </ul>
2.	Kamis, 5 Maret 2020	<p>Hipertermia b.d Proses penyakit (mis. Infeksi) (D.0130)</p> <p>Batasan Karakteristik (factor risiko) :</p> <p>a. subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan badan terasa panas</li> </ul> <p>b. objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 90/70 mmHg</li> <li>- Nadi:88x/menit</li> <li>- Suhu : 37,6°C</li> <li>- RR:20x/menit</li> </ul>	Jum'at, 12 Oktober 2019	<p>Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh b/d tidak adekuatnya intake output.</p> <p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak nafsu makan</li> <li>- Klien mengatakan hanya makan ½ porsi yang disediakan</li> </ul> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Porsi makan ½ porsi dihabiskan</li> <li>- Muntah</li> <li>- Tampak lemas</li> </ul>

3.	Kamis, 5 Maret 2020	Retensi Urin b.d peningkatan tekanan uretra. (D.0050) Batasan karakteristik (kriteria mayor dan minor) : a. Subjektif : - Pasien mengatakan nyeri saat berkemih b. Objektif : - Distensi kandung kemih	Jum'at, 12 Oktober 2019	Gangguan Pola Eliminasi Urine b/b Tekanan uretra tinggi, blockage, hambatan reflek, spingter kuat  <b>Data subjektif :</b>  - Klien mengatakan sulit saat buang air kecil - Klien mengatakan nyeri saat buang air kecil  <b>Data objektif :</b>  - Klien terpasang kateter (+) - Kateter (+) - Urine ± 1000 cc - TD = 130/80 mmHg
			Jum'at, 12 Oktober 2019	Gangguan pola tidur b/d Perubahan status kesehatan. <b>Data subjektif :</b> - Klien mengatakan susah untuk tidur. - Klien mengatakan sering

				terbangun tengah malam. - Klien mengatakan tidur hanya 4- 5 jam/hari. - Klien mengatakan jadwal tidurnya tidak menentu <b>Data Objektif :</b> - Klien hanya tidur 5 jam - TD : 130/80mmHg - Klien tampak lemah - Klien tampak gelisah - Klien sering terbangun dimalam hari
--	--	--	--	---

Berdasarkan tabel 4.5 setelah melakukan pengkajian dan menganalisis data pada Pasien 1 ditegakkan 3 diagnosa keperawatan pada pre operasi. Urutan diagnose keperawatan yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi), dan retensi urin berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra.

Sedangkan pada Pasien 2 ditegakkan 4 diagnosa keperawatan. Urutan diagnose keperawatan yaitu, Nyeri Akut berhubungan dengan spasme otot spingter, Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh berhubungan dengan tidak adekuatnya intake output, Gangguan Pola Eliminasi Urine berhubungan dengan Tekanan uretra

tinggi, blockage, hambatan reflek, spingter kuat dan Gangguan pola tidur berhubungan dengan Perubahan status kesehatan. Terdapat kesamaan diagnosa keperawatan pada Pasien 1 dan Pasien 2 yaitu, nyeri akut.

### c. Perencanaan

Tabel 4.6 Perencanaan Pasien dengan Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020 dan RSUD H. Hanafie Muara Bungo Tahun 2019

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<b>Pasien 1 dan Pasien 2</b>			
Kamis ,5 Maret 2020	Nyeri akut b.d Agen pencedera Fisiologis ( <b>D.0077</b> )	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 6 jam diharapkan gangguan rasa nyeri berkurang  Dengan Kriteria Hasil ( <b>D.L.08066</b> ) : 1) Kemampuan pasien untuk menuntaskan aktivitas menurun 2) Keluhan nyeri menurun 3) Pasien tampak meringis menurun 4) Frekuensi nadi membaik 5) Pola nafas membaik 6) Tekanan darah membaik 7) Fungsi berkemih membaik 8) Perilaku membaik 9) Pola tidur membaik	<b>Manajemen Nyeri (D.I.08238)</b> <b>Obsevasi</b> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal <b>Terapeutik</b> Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <b>Edukasi</b> Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Jelaskan strategi meredakan nyeri

			<p>Ajarkan Teknik nonfarmakologis mengurangi rasa nyeri</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p>
Jum'at, 12 Oktober 2019	Nyeri Akut b/d spasme otot spingter.	<p><b>NOC</b></p> <p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, rasa nyeri berkurang, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanda-Tanda vital dalam rentang normal (nadi 100-160 x/mnit, pernafasan 30-60 x/menit), dan spo2 96-100%</li> <li>2. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>3. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>4. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara omprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>3. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>5. Kurangi faktor presipitasi nyeri</li> <li>6. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</li> </ol>

		<p>5. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p> <p>6. Tanda vital dalam rentang normal</p> <p>7. Tidak mengalami gangguan tidur</p>	<p>7. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin</p> <p>8. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.</p> <p>8. Tingkatkan istirahat</p> <p>9. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur</p> <p>10. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</p>
<b>Pasien 1</b>			
Kamis, 5 Maret 2020	Hipertermia b.d Proses penyakit (mis. Infeksi) <b>(D.0130)</b>	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pengaturan suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu tubuh membaik</li> <li>2. Tekanan darah membaik</li> <li>3. Suhu kulit membaik</li> </ol>	<p><b>management hipertermia (I.15506)</b></p> <p><b>observasi</b></p> <p>Identifikasi penyebab hipertermia</p> <p>Monitor suhu tubuh</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>Berikan cairan oral</p> <p>lakukan pendinginan external</p>

		4. Kulit merah menurun	<b>edukasi</b> anjurkan tirah baring <b>kolaborasi</b> kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intraveena, <i>jika perlu</i>
Kamis, 5 Maret 2020	Retensi Urin b.d peningkatan tekanan uretra. (D.0050)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam kemampuan berkemih membaik Dengan kriteria hasil (L.03019) :  1) Sensasi berkemih meningkat 2) Desakan kandung kemih menurun 3) Distensi kandung kemih menurun 4) Berkemih tidak tuntas menurun 5) Nocturia menurun 6) Dysuria menurun 7) Frekuensi BAK membaik 8) Karakteristik urine membaik	<b>Manajemen eliminasi urine (1.04152)</b> <b>Observasi</b>  3.1 Identifikasi penyebab retensi urine ( mis. Peningkatan tekanan uretra, kerusakan arkus refleksi, disfungsi neurologis, efek agen farmakologis) 3.2 Monitor intake dan output cairan 3.3 Monitor distensi kandung kemih dengan palpasi/perkusi 3.4 Pasang kateter urine, jika perlu <b>Terapeutik Edukasi</b> 3.5 Jelaskan penyebab retensi urine 3.6 Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Napas dalam,

			<p>peregangan, atau imajinasi terbimbing)  <b>Kolaborasi</b>  3.7 Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu</p>
<b>Pasien 2</b>			
Jum'at, 12 Oktober 2019	Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh b/d tidak adekuatnya intake output	<p><b>NOC</b>  Tujuan:  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, kebutuhan nutrisi kembali normal, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keadaan umum baik</li> <li>2. Tonus otot aktif</li> <li>3. Gerak aktif</li> <li>4. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan</li> <li>5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan</li> <li>6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji adanya alergi makanan</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien</li> <li>3. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>4. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.</li> <li>5. Monitor adanya penurunan BB dan gula darah</li> <li>6. Monitor lingkungan selama makan</li> <li>7. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak</li> </ol>



			<p>selama jam makan</p> <p>8. Monitor turgor kulit</p> <p>9. Monitor kekeringan, rambut kusam, total protein, Hb dan kadar Ht</p> <p>10. Monitor mual dan muntah</p> <p>11. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva</p> <p>12. Monitor intake nutrisi</p> <p>13. Informasikan pada klien dan keluarga tentang manfaat nutrisi</p> <p>14. Kolaborasi dengan dokter tentang kebutuhan suplemen makanan seperti NGT/TPN sehingga intake cairan yang adekuat dapat dipertahankan.</p> <p>15. Atur posisi semi fowler atau fowler tinggi selama makan</p> <p>16. Kelola pemberian anti</p>
--	--	--	---

			<p>emetic</p> <p>17. Anjurkan banyak minum</p> <p>18. Pertahankan terapi IV line</p> <p>19. Catat adanya edema, hiperemik, hipertonic papila lidah dan cavitas oval</p>
<p>Jum'at, 12 Oktober 2019</p>	<p>Gangguan Pola Eliminasi Urine b/d Tekanan uretra tinggi, blockage, hambatan reflek, spingter kuat</p>	<p><b>NOC</b> Urinary elimination Urinary Continence Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam pola eliminasi urine pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kandung kemih kosong secara penuh</li> <li>2. Tidak ada residu urine &gt;100-200 cc</li> <li>3. Intake cairan dalam rentang normal</li> <li>4. Bebas dari ISK</li> <li>5. Tidak ada spasme bladder</li> <li>6. Balance cairan seimbang</li> </ol>	<p><b>NIC : Urinary Retention Care</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor intake dan output</li> <li>2. Monitor penggunaan obat antikolinergik</li> <li>3. Monitor derajat distensi bladder</li> <li>4. Instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat output urine</li> <li>5. Sediakan privacy untuk eliminasi</li> <li>6. Stimulasi reflek bladder dengan kompres dingin pada abdomen.</li> <li>7. Kateterisaai jika perlu</li> <li>8. Monitor tanda dan gejala ISK (panas, hematuria, perubahan bau dan konsistensi urine)</li> </ol>

<p>Jum'at, 12 Oktober 2019</p>	<p>Gangguan pola tidur b/d Perubahan status kesehatan</p>	<p><b>NOC :</b>  <b>Comfort level</b>  <b>Pain level</b>  <b>Rest : extent and pattern</b>  <b>Sleep : extent and pattern</b>  Tujuan:  Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam pada pasien dengan gangguan pola tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil:  1. Jumlah jam tidur dalam batas normal (68jam/hari)  2. Pola tidur, kualitas tidur dalam batas normal  3. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat  4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur</p>	<p><b>NIC:</b>  <b>Sleep Enhancement</b>  1. Monitor jumlah dan kualitas tidur klien  2. Menginstruksikan pasien untuk tidur pada waktunya  3. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien.  4. Diskusi dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan tehnik tidur  5. Menentukan pola tidur pasien  6. Bantu untuk membuang faktor stress sebelum tiba waktu tidur  <b>Environment management (Manajemen lingkungan)</b>  7. Ciptakan lingkungan yang aman untuk klien  8. Berikan tempat tidur dan lingkungan yang bersih dan nyaman  9. Berikan posisi tidur yang membuat klien nyaman  10. Control kebisingan  11. Atur pencahayaan  12. Batasi pengunjung  13. Berikan satu ruangan jika diindikasikan</p>
--	---	--	--

Berdasarkan tabel 4.6 di atas menjelaskan mengenai intervensi yang akan diberikan pada Pasien 1 dan Pasien 2 selama masa perawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditegakkan.

#### d. Pelaksanaan

Tabel 4.7 Implementasi keperawatan Pasien 1 dengan Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020 dan RSUD H. Hanafie Muara Bungo Tahun 2019

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Hari 1 Selasa, 3 Maret 2020 18.10 WITA	Melakukan Pengkajian 1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	DS : - Pasien mengeluh nyeri di perut bawah dan kelamin - Pasien mengeluh nyeri seperti disayat sayat - Pasien mengeluh nyeri setiap saat DO : - Pasien tampak gelisah - Pasien bersikap protektif - Pasien tampak meringis
18.15 WITA	Meminta Informed consent kepada klien dan keluarga	DS : Pasien bersedia menjadi klien kelolaan DO : Pasien tampak membaca dan menandatangani informed consent
18.15 WITA	1.2 Identifikasi skala nyeri	DS : - DO : - Skala nyeri 6 ( dibuktikan dengan pain measurement scale )
18.15 WITA	1.3 Identifikasi respons nyeri non verbal	DS : - DO : - Pasien tampak meringis

		- Skala nyeri 6 dengan pain measurement scale
18.15 WITA	1.5 Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	DS : - DO : - Pasien tampak mendengarkan
18.25 WITA	1.8 Kolaborasi pemberian analgetik	DS : Pasien Memahami anjuran DO : - Ketolorac 1 ampul
18.25 WITA	Memonitor tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, dan pernafasan)	DS : - DO : : - Ku : sedang - Kesadaran : compos mentis - TD : 90/70 mmHg Nadi : 77x/menit RR : 20x/menit - SPO2 : 98 %
18.25 WITA	2.1 Monitor Suhu tubuh	DS : - DO : - Suhu : 37,6 °C
18.25 WITA	2.1 Identifikasi Penyebab Hipertermia	DS: - Pasien mengeluh badan terasa meriang DO: - Pasien meringis - Suhu : 37,6 °C
18.35 WITA	3.1 mengidentifikasi peningkatan tekanan uretra	DS: - Pasien mengeluh nyeri saat berkemih DO: - Nyeri tekan saat papasi vesika urinaria
18.40 WITA	3.5 Menjelaskan tentang penyebab terjadinya retensi urine	DS : - Pasien mengatakan paham tentang penjelasan DO : - Pasien tampak mendengarkan

18.45 WITA	3.4 Melakukan pemasangan kateter urine	DS : - DO : - Tampak kateter urine terpasang - Pasien tampak tenang
20.10 WITA	1.7 Mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri	DS : Pasien mengerti dengan informasi yang diberikan DO : Pasien terlihat melakukan Teknik nonfarmakologi yang diajarkan
21.15 WITA	Memberikan obat : paracetamol 1 tablet kepada pasien	DS : - DO : Pasien tampak meminum obat yang diberikan
21.15 WITA	2.5 Menganjurkan tirah baring	DS : - DO : - Pasien melakukan tirah baring
22.00 WITA	Memonitor keadaan pasien	DS : - DO : - Pasien tampak tirah barung - Ku : sedang - Kesadaran : compos mentis
Rabu, 4 Maret 2020 15.10 WITA	Melakukan visite keperawatan	S: - Pasien mengatakan nyeri bagian perut bawah dan kelamin sedikit berkurang O: - Skala nyeri 4 A: - Diagnosa I teratasi Sebagian

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosa II Belum teratasi teratasi</li> <li>- Diagnosa III teratasi Sebagian</li> </ul> <p>P: Lanjutkan intervensi Dx I 1.4 Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 1.9 Kolaborasi pemberian analgetik Dx II Monitor suhu tubuh Berikan cairan oral 2.5 anjurkan tirah baring Dx III Monitor intake dan output cairan Monitor distensi kandung kemih dengan palpasi/perkusi 3.6 Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. Napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)</p>
15.30 WITA	Monitor tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernafasan, dan suhu )	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 100/80mmhg</li> <li>- Nadi : 96x/menit</li> <li>- Suhu : 36,5 °C</li> <li>- RR : 21 x/menit</li> </ul>
15.30 WITA	Memasang cairan infus yang habis	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan cairan infus habis</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Terpasang cairan infus RL 500ml/8jam</li> </ul>
15.40 WITA	2.2 Memonitor suhu	DS : -

	tubuh	DO : - Suhu : 36,5 °C - Tidak ada tanda-tanda hipertermi
16.00 WITA	1.7 mengajarkan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri	DS : - Pasien mengerti dengan anjuran DO : - Pasien terlihat mengikuti Teknik yang diajarkan
16.00 WITA	Memberikan cairan oral	DS : - DO : - Pasien tampak meminum
18.00 WITA	Memberikan obat kepada pasien ( oral dan IV )	DS : - DO : - Ceftriaxone (IV) - Metronidazole (IV) - Harnal 0.4 tablet - Asam tranexamat
18.00 WITA	1.9 Berkolaborasi untuk melakukan pemberian analgetik	DS : Pasien mengerti dengan anjuran DO : Ketorolac 1 ampul
18.00 WITA	Melakukan pengukuran tanda-tanda vital	DS : - DO : TD : 100/70 mmhg RR : 20 x/menit N : 86 x/menit S : 36.5 °C
18.00 WITA	3.3 Melakukan monitor distensi kandung kemih dengan palpasi	DS : Pasien mengatakan nyeri yang dirasa sedikit berkurang DO : Skala nyeri 5
20.00 WITA	1.4 Melakukan Teknik nonfarmakologi	DS : Pasien mengatakan sedikit lebih tenang DO : Pasien tampak lebih tenang
Kamis, 05 Maret 2020	Melakukan Visite	S :



15.30 WITA	Keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah dan daerah kelamin</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lebih tenang dari hari sebelumnya</li> <li>- Skala nyeri 4</li> <li>- Palpasi abdomen teraba sedikit keras</li> <li>- TD : 110/70 mmhg</li> <li>S : 36,5 °C</li> <li>N : 77 x/menit</li> <li>RR : 20 x/menit</li> <li>- Tidak ada tanda-tanda infeksi pada kateter</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnose I teratasi Sebagian</li> <li>- Diagnosa II teratasi</li> <li>- Diagnosa III belum teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>Dx I :</p> <p>Identifikasi skala nyeri</p> <p>Identifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>1.8 Kolaborasi pemberian analgetik</p> <p>Dx III:</p> <p>Monitor intake dan output cairan</p> <p>Monitor distensi kandung kemih</p>
15.40 WITA	1.2 Melakukan identifikasi skala nyeri	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan masih nyeri pada bagian bawah perutnya dan kelamin tetapi tidak separah hari pertama</p>

		DO : Skala nyeri 4
15.40 WITA	Mengganti cairan infus yang habis	DS : DO : Cairan RL 500/24 jam
15.45 WITA	Melakukan pengukuran tanda-tanda vital	DS : - DO : TD : 110/78 mmHg N : 67 x/menit RR : 20x/menit S : 36,5°C SPO2 : 98 %
20.00 WITA	3.4 Memonitor intake dan output cairan	DS : Pasien puas DO : Output : 750 ml

Pada tabel 4.7 implementasi keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah – masalah yang ditemukan pada Pasien sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan masing – masing diagnosa yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada Klien 1 selama 3 hari . Implementasi dilakukan pada tanggal 03 Maret 2020 sampai 05 Maret 2020.

Tabel 4.8 Implementasi keperawatan Pasien 2 dengan Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020 dan RSUD H. Hanafie Muara Bungo Tahun 2019

<b>Waktu Pelaksanaan</b>	<b>Tindakan Keperawatan</b>	<b>Evaluasi</b>
--------------------------	-----------------------------	-----------------

<p>Hari 1 Jum'at, 12 Oktober 2019 08.00 WIB</p>	<p>Melakukan Pengkajian</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi = skala 6</li> <li>2. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien = klien paham tentang menangani nyeri</li> <li>3. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) = gangguan rasa nyeri berkurang</li> </ol>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri saat buang air kecil</li> <li>- Pasien mengatakan pusing</li> <li>- Pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 7</li> <li>- Nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>- Nyeri dirasakan di pagi hari</li> <li>- N : 82 x/menit</li> <li>- RR : 20 x/menit</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi = skala 6</li> <li>2. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien = klien paham tentang menangani nyeri</li> <li>3. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) = gangguan rasa nyeri berkurang</li> </ol>
---	---	--

12.00 WIB	<p>1. Kaji Kaji adanya alergi makanan = Klien mampu makan sesuai dengan diet pasien</p> <p>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien = kalori yang cukup akan membantu proses asupan kebutuhan nutrisi pasien</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidak nafsu makan</li> <li>- Pasien mengatakan hanya makan ½ porsi yang disediakan</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Porsi makan ½ porsi dihabiskan</li> <li>- Muntah</li> <li>- Kurang nafsu makan o</li> <li>Tampak lemas</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p>
-----------	--	--

	<p>3. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi = diet sangat membantu asupan nutrisi pasien</p> <p>4. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.</p>	<p>Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji Kaji adanya alergi makanan = Klien mampu makan sesuai dengan diet pasien</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien = kalori yang cukup akan membantu proses asupan kebutuhan nutrisi pasien</li> <li>3. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi = diet sangat membantu asupan nutrisi pasien</li> <li>4. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.</li> </ol>
16.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor intake dan output = urine dalam batas normal</li> <li>2. Monitor penggunaan obat antikolinergik = memperlancar produksi urine</li> <li>3. Monitor derajat distensi bladder = hasil mengurangi rasa nyeri</li> <li>4. Instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat output urine</li> </ol>	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sulit saat buang air kecil</li> <li>- Klien mengatakan nyeri saat buang air kecil</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terpasang Kateter (+)</li> <li>- Urine <math>\pm</math> 2500 cc</li> <li>- Nyeri saat buang air kecil</li> <li>- TD = 130/80 mmHg</li> </ul> <p>A :</p>

	5. Sediakan privacy untuk eliminasi	<p>Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor intake dan output = urine dalam batas normal</li> <li>2. Monitor penggunaan obat antikolinergik = memperlancar produksi urine</li> <li>3. Monitor derajat distensi bladder = hasil mengurangi rasa nyeri</li> <li>4. Instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat output urine</li> <li>5. Sediakan privacy untuk eliminasi</li> </ol>
20.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor jumlah dan kualitas tidur pasien = hasilnya pasien mampu tidur dengan nyenyak</li> <li>2. Menganjurkan pasien tidur pada waktunya = tidur sesuai sangat baik buat kondisi pasien</li> <li>3. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien</li> <li>4. Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan teknik tidur pasien</li> <li>5. Menganjurkan untuk membatasi pengunjug</li> </ol>	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan susah untuk tidur.</li> <li>- Klien mengatakan sering terbangun tengah malam.</li> <li>- Klien mengatakan tidur hanya 4-5 jam/hari.</li> <li>- Klien mengatakan jadwal tidurnya tidak menentu</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien hanya tidur 5 jam o TD : 130/80mmHg</li> <li>- Klien tampak lemah</li> <li>- Klien tampak gelisah</li> <li>- Klien sering terbangun dimalam hari</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi.</p>

		<p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3,4, 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor jumlah dan kualitas tidur pasien = hasilnya pasien mampu tidur dengan nyenyak</li> <li>2. Menganjurkan pasien tidur pada waktunya = tidur sesuai sangat baik buat kondisi pasien\</li> <li>3. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien</li> <li>4. Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan teknik tidur pasien</li> <li>5. Menganjurkan untuk membatasi pengunjung</li> </ol>
Sabtu, 13 Oktober 2019 08.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi = skala 5</li> <li>2. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien = klien paham tentang menangani nyeri</li> <li>3. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) = gangguan rasa nyeri berkurang</li> </ol>	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri saat buang air kecil</li> <li>- Klien mengatakan nyeri dirasakan saat melakukan gerakan miring kiri dan kanan</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien pusing sesekali</li> <li>- Skala nyeri 5</li> <li>- Nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>- Nyeri dirasakan di pagi hari</li> <li>- Tekanan darah 140/90 mmHg.</li> <li>- N : 90 x/i</li> <li>- RR : 20 x/i</li> </ul>

		<p>- S : 37,2 C A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi = skala 5</li> <li>2. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien = klien paham tentang menangani nyeri</li> <li>3. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) = gangguan rasa nyeri berkurang</li> </ol>
12.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji Kaji adanya alergi makanan = Klien mampu makan sesuai dengan diet pasien</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien = kalori yang cukup akan membantu proses asupan kebutuhan nutrisi pasien</li> <li>3. Yakinkan diet yang dimakan mengandung</li> </ol>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan hanya makan ½ porsi yang disediakan</li> <li>- Klien juga mengatakan tidak nyaman dengan kondisi yang dialaminya</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Porsi makan ½ porsi dihabiskan</li> <li>- Muntah</li> <li>- BB = 74 KG</li> <li>- Kurang nafsu makan</li> <li>- Tampak lemas</li> </ul> <p>A :</p>



	<p>tinggi serat untuk mencegah konstipasi = diet sangat membantu asupan nutrisi pasien</p> <p>4. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.</p>	<p>Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji Kaji adanya alergi makanan = Klien mampu makan sesuai dengan diet pasien</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien = kalori yang cukup akan membantu proses asupan kebutuhan nutrisi pasien</li> <li>3. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi = diet sangat membantu asupan nutrisi pasien</li> <li>4. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian</li> </ol>
16.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor intake dan output = urine dalam batas normal</li> <li>2. Monitor penggunaan obat antikolinergik = memperlancar produksi urine</li> <li>3. Monitor derajat distensi bladder = hasil mengurangi rasa nyeri</li> <li>4. Instruksikan pada pasien dan keluarga</li> </ol>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sulit saat buang air kecil</li> <li>- Klien juga mengatakan tidak nyaman dengan kondisi terpasang kateter urine</li> </ul> <p>DS :</p>

	<p>untuk mencatat output urine</p> <p>5. Sediakan privacy untuk eliminasi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kateter (+) o Urine <math>\pm</math> 2500 cc</li> <li>- Nyeri saat buang air kecil</li> <li>- TD = 140/90 mmHg</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor intake dan output = urine dalam batas normal</li> <li>2. Monitor penggunaan obat antikolinergik = memperlancar produksi urine</li> <li>3. Monitor derajat distensi bladder = hasil mengurangi rasa nyeri</li> <li>4. Instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat output urine</li> <li>5. Sediakan privacy untuk eliminasi</li> </ol>
20.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor jumlah dan kualitas tidur pasien</li> <li>2. Menganjurkan pasien tidur pada waktunya</li> <li>3. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien</li> <li>4. Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga pasien untuk</li> </ol>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan susah untuk tidur.</li> <li>- Klien mengatakan sering terbangun tengah malam.</li> <li>- Klien mengatakan jadwal tidurnya tidak menentu</li> </ul> <p>Data Objektif :</p>

	<p>meningkatkan teknik tidur pasien</p> <p>5.Menganjurkan untuk membatasi pengunjung</p>	<p>- TD : 140/90mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terbangun dimalam hari</li> <li>- Klien tampak gelisah</li> <li>- Klien sering terbangun dimalam hari</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor jumlah dan kualitas tidur pasien</li> <li>2. Menganjurkan pasien tidur pada waktunya</li> <li>3. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien</li> <li>4. Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan teknik tidur pasien</li> <li>5. Menganjurkan untuk membatasi pengunjung</li> </ol>
<p>Minggu, 14 Oktober 2019 08.00 WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi = skala 5</li> <li>2. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien = klien paham tentang menangani nyeri</li> </ol>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri dirasakan saat melakukan gerakan miring kiri dan kanan</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 5</li> <li>- Nyeri dirasakan di pagi hari</li> <li>- N : 87 x/i</li> <li>- RR : 20 x/i</li> <li>- S : 36,6 C</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p>

	<p>3. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) = gangguan rasa nyeri berkurang</p>	<p>Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi = skala 5</li> <li>2. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien = klien paham tentang menangani nyeri</li> <li>3. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) = gangguan rasa nyeri berkurang</li> </ol>
12.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji adanya alergi makanan = Klien mampu makan sesuai dengan diet pasien</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien = kalori yang cukup akan membantu proses asupan kebutuhan nutrisi pasien</li> <li>3. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi = diet sangat</li> </ol>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan hanya makan ½ porsi yang disediakan</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mual</li> <li>- Tekanan darah 120/80 mmHg.</li> <li>- N : 87 x/i</li> <li>- RR : 20 x/i</li> <li>- S : 36,6 C</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4</p>

	<p>membantu asupan nutrisi pasien</p> <p>4. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji adanya alergi makanan = Klien mampu makan sesuai dengan diet pasien</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien = kalori yang cukup akan membantu proses asupan kebutuhan nutrisi pasien</li> <li>3. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi = diet sangat membantu asupan nutrisi pasien</li> <li>4. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian</li> </ol>
16.00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor intake dan output = urine dalam batas normal</li> <li>2. Monitor penggunaan obat antikolinergik = memperlancar produksi urine</li> <li>3. Monitor derajat distensi bladder = hasil mengurangi rasa nyeri</li> <li>4. Instruksikan pada pasien dan keluarga</li> </ol>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sulit saat buang air kecil</li> <li>- Klien juga mengatakan tidak nyaman dengan kondisi terpasang kateter urine Data objektif :</li> <li>- Kateter (+)</li> <li>- Urine <math>\pm</math> 2500 cc</li> <li>- Nyeri saat buang air kecil</li> </ul>

	<p>untuk mencatat output urine</p> <p>5. Sediakan privacy untuk eliminasi</p>	<p>- TD = 120/80 mmHg</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5</p> <p>1. Monitor intake dan output = urine dalam batas normal</p> <p>2. Monitor penggunaan obat antikolinergik = memperlancar produksi urine</p> <p>3. Monitor derajat distensi bladder = hasil mengurangi rasa nyeri</p> <p>4. Instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat output urine</p> <p>5. Sediakan privacy untuk eliminasi</p>
20.00 WIB	<p>1. Monitor jumlah dan kualitas tidur pasien</p> <p>2. Mengajukan pasien tidur pada waktunya</p> <p>3. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien</p> <p>4. Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan teknik tidur pasien</p> <p>5. Mengajukan untuk membatasi pengunjung</p>	<p>DS :</p> <p>- Klien mengatakan susah untuk tidur.</p> <p>- Klien mengatakan sering terbangun tengah malam.</p> <p>DO :</p> <p>- TD : 120/80mmHg</p> <p>- Klien terbangun dimalam hari</p> <p>- Klien sering terbangun dimalam hari</p> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p>

		<p>Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor jumlah dan kualitas tidur pasien</li> <li>2. Menganjurkan pasien tidur pada waktunya</li> <li>3. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien</li> <li>4. Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan teknik tidur pasien</li> <li>5. Menganjurkan untuk membatasi pengunjung</li> </ol>
--	--	--

Pada tabel 4.8 implementasi keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah – masalah yang ditemukan pada Pasien sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan masing – masing diagnosa yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada Pasien 2 dilaksanakan selama 3 hari yaitu, tanggal 12 Oktober 2019 sampai 14 Oktober 2019 yang dilakukan secara komperhensif.

#### e. Evaluasi

Tabel 4.9 Evaluasi asuhan keperawatan Pasien 1 dengan Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020 dan RSUD H. Hanafie Muara Bungo Tahun 2019

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari 1 10.30 WITA	Dx 1 Nyeri akut b.d Agen pencedra Fisiologis (D.0077)	S : - Pasien mengeluh nyeri di perut bawah dan kelamin

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh nyeri seperti di sayat-sayat</li> <li>- Pasien mengeluh nyeri setiap saat</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak gelisah</li> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Skala nyeri 6</li> <li>- TD : 90/70 mmHg</li> <li>Nadi : 69x/menit</li> <li>Suhu : 37,6°C</li> <li>RR : 20x/menit</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi Sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.2 Identifikasi skala nyeri</li> <li>1.4 Berikan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>1.8 Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul>
	<p>Dx 2 Hipertermia b.d Proses penyakit (mis.infeksi)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh badan terasa meriang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suhu : 37,6 °C</li> <li>- Akral dingin</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Memonitor suhu tubuh</p> <p>Menganjurkan tirah baring</p> <p>Berikan cairan oral</p> <p>Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena</p>
	<p>Dx 3 Retensi urine b.d peningkatan tekanan uretra (D0050)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan mengeluh nyeri saat berkemih</li> </ul>



		<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis</li> <li>- Tampak terpasang infus RL di tangan sebelah kiri</li> <li>- Nyeri tekan saat palpasi vesika urinaria</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi  Monitor intake dan output cairan  Monitor distensi kandung kemih dengan cara palpasi  Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi  Jelaskan penyebab retensi urine</p>
Hari 2	Dx 1 Nyeri b.d agen pencedera fisiologis (D.0055)	<p>S : Pasien mengatakan nyeri bagian perut bawah dan kelamin sedikit berkurang</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak tenang</li> <li>2. Skala nyeri 5</li> <li>3. TD : 100/80 mmHg  N : 96 x/menit  RR : 21x/menit  S : 36,5°C  SPO2 : 98 %</li> </ol> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi  1.4 Berikan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri  1.8 kolaborasi pemberian analgetik</p>
	Dx 2	<p>S :</p> <p>-</p> <p>O :</p>

	Hipertemia b.d proses penyakit ( infeksi ) ( D.0130 )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- P tampak tenang</li> <li>- Suhu tubuh : 36,5°C</li> <li>- Tidak ada tampak kemerahan pada kulit</li> <li>- Akral hangat</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p>
	Dx 3 Retensi urine b.d peningkatan tekanan uretra ( D.0050 )	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri bagian perut bawah sedikit berkurang setelah dipasang kateter</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak alat bantu kateter terpasang</li> <li>- Tampak terpasang infus RL di tangan sebelah kiri</li> </ul> <p>A : Masalah Belum teratasi P : Pertahankan intervensi Monitor intake dan output cairan Monitor distensi kandung kemih dengan palpasi Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi ( mis. Nafas dalam, peregangan, dan imajinasi terbimbing )</p>
Hari 3	Dx 1 Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi (D.0055)	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri masih ada sesekali</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak tenang</li> <li>- Skala nyeri 4</li> <li>- TD : 110/70 mmhg</li> <li>- S : 36,5 C</li> <li>- RR : 20 x/menit</li> <li>- N: 77 x/menit</li> </ul> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p>

		P : lanjutkan intervensi 1.8 kolaborasi pemberian analgetik
	Dx 3 Retensi urine b.d peningkatan tekanan uretra (D.0050)	S : Pasien mengatakan rencana operasi senin O : - Tidak ada tanda- tanda infeksi pada kateter A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi monitor intake dan output cairan monitor distensi kandung kemih

Berdasarkan tabel 4.8 di atas bahwa pada pasien 1 dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit. Evaluasi pada pasien 1 menunjukkan 1 diagnosa teratasi yaitu hipertemi yang teratasi pada hari ke 2 perawatan. Nyeri akut teratasi sebagian dan intervensi di pertahankan hingga hari perawatan terakhir . retensi urine belum teratasi hingga hari ke 3, dan intervensi dipertahankan saat hari terakhir perawatan sebelum dioperasi.

Tabel 4.10 Evaluasi asuhan keperawatan Pasien 2 dengan Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020 dan RSUD H. Hanafie Muara Bungo Tahun 2019

Hari ke	Diagnose keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari 1	Dx 1 Nyeri akut b.d spasme otot springter	DS : - Pasien mengatakan nyeri saat buang air kecil - Pasien mengatakan pusing - Pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah DO : - Skala nyeri 7

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>- Nyeri dirasakan di pagi hari</li> <li>- N : 82 x/menit</li> <li>- RR : 20 x/menit</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi = skala 6</li> <li>5. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien = klien paham tentang menangani nyeri</li> <li>6. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) = gangguan rasa nyeri berkurang</li> </ol>
	<p>Dx 2 Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d tidak adekuatnya intake dan output</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidak nafsu makan</li> <li>- Pasien mengatakan hanya makan ½ porsi yang disediakan</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Porsi makan ½ porsi dihabiskan</li> <li>- Muntah</li> <li>- Kurang nafsu makan o</li> </ul> <p>Tampak lemas</p> <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p>

		<p>Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Kaji Kaji adanya alergi makanan = Klien mampu makan sesuai dengan diet pasien</li> <li>6. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien = kalori yang cukup akan membantu proses asupan kebutuhan nutrisi pasien</li> <li>7. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi = diet sangat membantu asupan nutrisi pasien</li> <li>8. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.</li> </ol>
	<p>Dx 3 Gangguan pola eliminasi urine b.d tekanan uretra tinggi, blockage, hambatan reflek, springter kuat.</p>	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sulit saat buang air kecil</li> <li>- Klien mengatakan nyeri saat buang air kecil</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terpasang Kateter (+)</li> <li>- Urine <math>\pm</math> 2500 cc</li> <li>- Nyeri saat buang air kecil</li> <li>- TD = 130/80 mmHg</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi. P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Monitor intake dan output = urine dalam batas normal</li> <li>7. Monitor penggunaan obat antikolinergik =</li> </ol>

		<p>memperlancar produksi urine</p> <p>8. Monitor derajat distensi bladder = hasil mengurangi rasa nyeri</p> <p>9. Instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat output urine</p> <p>10. Sediakan privacy untuk eliminasi</p>
	<p>Dx 4 Gangguan pola tidur b.d perubahan status Kesehatan</p>	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan susah untuk tidur.</li> <li>- Klien mengatakan sering terbangun tengah malam.</li> <li>- Klien mengatakan tidur hanya 4-5 jam/hari.</li> <li>- Klien mengatakan jadwal tidurnya tidak menentu</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien hanya tidur 5 jam o</li> <li>TD : 130/80mmHg</li> <li>- Klien tampak lemah</li> <li>- Klien tampak gelisah</li> <li>- Klien sering terbangun dimalam hari</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3,4, 5</p> <p>6. Monitor jumlah dan kualitas tidur pasien = hasilnya pasien mampu tidur dengan nyenyak</p> <p>7. Menganjurkan pasien tidur pada waktunya = tidur sesuai sangat baik buat kondisi pasien\</p> <p>8. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien</p> <p>9. Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga pasien untuk</p>

		<p>meningkatkan teknik tidur pasien</p> <p>10. Menganjurkan untuk membatasi pengunjung</p>
	<p>Dx 1</p> <p>Nyeri akut b.d spasme otot springter</p>	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri saat buang air kecil</li> <li>- Klien mengatakan nyeri dirasakan saat melakukan gerakan miring kiri dan kanan</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien pusing sesekali</li> <li>- Skala nyeri 5</li> <li>- Nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>- Nyeri dirasakan di pagi hari</li> <li>- Tekanan darah 140/90 mmHg.</li> <li>- N : 90 x/i</li> <li>- RR : 20 x/i</li> <li>- S : 37,2 C A : Masalah belum teratasi.</li> </ul> <p>P :</p> <p>intervensi dilanjutkan 1, 2, 3</p> <p>4. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi = skala 5</p> <p>5. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien = klien paham tentang menangani nyeri</p> <p>6. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi (tarik</p>

		nafas dalam) = gangguan rasa nyeri berkurang
	Dx 2 Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d tidak adekuatnya intake dan output	DS : - Klien mengatakan hanya makan ½ porsi yang disediakan - Klien juga mengatakan tidak nyaman dengan kondisi yang dialaminya DO : - Porsi makan ½ porsi dihabiskan - Muntah - BB = 74 KG - Kurang nafsu makan - Tampak lemas A : Masalah belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4 5. Kaji Kaji adanya alergi makanan = Klien mampu makan sesuai dengan diet pasien 6. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien = kalori yang cukup akan membantu proses asupan kebutuhan nutrisi pasien 7. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi = diet sangat membantu asupan nutrisi pasien 8. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian



	<p>Dx 3 Gangguan pola eliminasi urine b.d tekanan uretra tinggi, blockage, hambatan reflek, springter kuat</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sulit saat buang air kecil</li> <li>- Klien juga mengatakan tidak nyaman dengan kondisi terpasang kateter urine</li> </ul> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kateter (+) o Urine <math>\pm</math> 2500 cc</li> <li>- Nyeri saat buang air kecil</li> <li>- TD = 140/90 mmHg</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Monitor intake dan output = urine dalam batas normal</li> <li>7. Monitor penggunaan obat antikolinergik = memperlancar produksi urine</li> <li>8. Monitor derajat distensi bladder = hasil mengurangi rasa nyeri</li> <li>9. Instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat output urine</li> <li>10. Sediakan privacy untuk eliminasi</li> </ol>
--	--	--

	<p>Dx 4 Gangguan pola tidur b.d perubahan status Kesehatan</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan susah untuk tidur.</li> <li>- Klien mengatakan sering terbangun tengah malam.</li> <li>- Klien mengatakan jadwal tidurnya tidak menentu</li> </ul> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 140/90mmHg</li> <li>- Klien terbangun dimalam hari</li> <li>- Klien tampak gelisah</li> <li>- Klien sering terbangun dimalam hari</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Monitor jumlah dan kualitas tidur pasien</li> <li>7. Mengajarkan pasien tidur pada waktunya</li> <li>8. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien</li> <li>9. Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan teknik tidur pasien</li> <li>10. Mengajarkan untuk membatasi pengunjung</li> </ol>
	<p>Dx 1 Nyeri akut b.d spasme otot springter</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri dirasakan saat melakukan gerakan miring kiri dan kanan</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 5</li> <li>- Nyeri dirasakan di pagi hari</li> <li>- N : 87 x/i</li> <li>- RR : 20 x/i</li> <li>- S : 36,6 C</li> </ul>

		<p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3</p> <p>4. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi = skala 5</p> <p>5. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien = klien paham tentang menangani nyeri</p> <p>6. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) = gangguan rasa nyeri berkurang</p>
	<p>Dx 2 Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d tidak adekuatnya intake dan output</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan hanya makan ½ porsi yang disediakan</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mual</li> <li>- Tekanan darah 120/80 mmHg.</li> <li>- N : 87 x/i</li> <li>- RR : 20 x/i</li> <li>- S : 36,6 C</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi. P :</p>

		<p>Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4</p> <p>5. Kaji adanya alergi makanan = Klien mampu makan sesuai dengan diet pasien</p> <p>6. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien = kalori yang cukup akan membantu proses asupan kebutuhan nutrisi pasien</p> <p>7. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi = diet sangat membantu asupan nutrisi pasien</p> <p>8. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian</p>
	<p>Dx 3 Gangguan pola eliminasi urine b.d tekanan uretra tinggi, blockage, hambatan reflek, springter kuat</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sulit saat buang air kecil</li> <li>- Klien juga mengatakan tidak nyaman dengan kondisi terpasang kateter urine</li> </ul> <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kateter (+)</li> <li>- Urine ± 2500 cc</li> <li>- Nyeri saat buang air kecil</li> <li>- TD = 120/80 mmHg</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5</p>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Monitor intake dan output = urine dalam batas normal</li> <li>7. Monitor penggunaan obat antikolinergik = memperlancar produksi urine</li> <li>8. Monitor derajat distensi bladder = hasil mengurangi rasa nyeri</li> <li>9. Instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat output urine</li> <li>10. Sediakan privacy untuk eliminasi</li> </ol>
	<p>Dx 4 Gangguan pola tidur b.d perubahan status Kesehatan</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan susah untuk tidur.</li> <li>- Klien mengatakan sering terbangun tengah malam.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 120/80mmHg</li> <li>- Klien terbangun dimalam hari</li> <li>- Klien sering terbangun dimalam hari</li> </ul> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi. P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Monitor jumlah dan kualitas tidur pasien</li> <li>7. Menganjurkan pasien tidur pada waktunya</li> <li>8. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien</li> </ol>

		<p>9. Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan teknik tidur pasien</p> <p>10. Mengajukan untuk membatasi pengunjung</p>
--	--	---

Berdasarkan tabel 4.10 di atas bahwa pada klien 2 dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit. Evaluasi pada klien 2 tidak menunjukkan diagnosa teratasi hari ke 3 perawatan. intervensi di pertahankan hingga hari perawatan terakhir.

## **B. Pembahasan**

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada Pasien 1 dan 2 dengan kasus Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) Pasien 1 yang telah dilakukan sejak tanggal 5 s/d 7 maret 2020 di Ruang Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dan Pasien 2 yang telah dirawat pada tanggal 12 s/d 14 oktober 2019 RSUD H. Hanafie Muara Bungo. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Berdasarkan dari hasil pengkajian pada Pasien 1 dan Pasien 2 ditemukan beberapa perbedaan yaitu Pasien 1 berusia 60 tahun berjenis kelamin laki-laki dengan diagnose medis Benigna Prostat Hyperplasia dan Pasien 2 berusia 63 tahun dengan jenis kelamin yang sama yaitu laki-laki dan diagnose media BPH+DM.

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan oleh penulis pada tanggal 05 Maret 2020 pada pasien 1 dan 12 oktober 2020 pada pasien 2 didapatkan data diagnosa yang berupa penggabungan problem, etiologi, tanda dan gejala yang terbagi menjadi pre operasi 3 diagnosa utama pada pasien pertama dan pada pasien 2, 4 diagnosa utama pre operasi.

Pembahasan dari asuhan keperawatan pasien Benigna Prostat Hyperplasia di RSUD. dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2020 dan RSUD H.Hanafie Jambi adalah sebagai berikut:

### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah pengumpulan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi klien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan.

Pada saat melakukan pengkajian, peneliti menemukan beberapa data yang berbeda antara pasien 1 dan pasien 2, dimana pada pasien 1 dengan usia 60 tahun dan tidak bekerja, dengan pendidikan terakhir SMA dengan keluhan utama nyeri pre operasi seperti Pasien mengatakan nyeri di bagian bawah dan kelaminnya, sedangkan pada pasien 2 dengan usia 63 tahun pendidikan terakhir SD dengan keluhan utama pre Operatif klien mengeluh nyeri perut bagian bawah, sakit dan nyeri saat BAK, klien juga mengatakan mual, muntah dan nafsu makan menurun.

Pengkajian riwayat penyakit sekarang didapatkan data bahwa pada pasien 1 adalah Pasien mengatakan bulan Februari 2020 mengeluh nyeri

saat berkemih serta tidak tuntas saat berkemih. Pada tanggal 23 februari 2020 pasien datang ke RSKD karena tidak dapat BAK sama sekali. Pada tanggal 25 februari 2020 pasien datang ke RSKD untuk menjalani operasi TURP pertama. pada tanggal 30 maret 2020 datang lagi untuk melakukan operasi TURP ke dua karena pasien mengalami sakit lagi saat BAK Dan pasien 2 adalah pasien yang dibawa kerumah sakit pada Klien datang ke rumah sakit “IGD” pada tanggal 10-10-2018 pukul 21:43 WIB akibat Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, dan dirasakan saat miring kanan maupun kiri, susah dan nyeri saat BAK, badannya lemas, Klien juga mengatakan tidak nyaman dengan kondisi yang dialaminya, nyeri timbul disebabkan saat BAK, Nyeri dirasakan di pagi hari, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk benda tajam, nyeri dirasakan sampai kepinggang bagian belakang, Skala nyeri 7, nyeri dirasakan saat melakukan aktivitas berat, Klien tampak lemah, Klien tampak gelisah. Saat dikaji pasien Pasien terlihat meringis. Pasien nampak gelisah. hasil tanda tanda vital pasien TD : 130/80 mmHg S : 36,2 C N : 82 x/i RR : 20 x/menit. pasien dengan kesadaran compos mentis dan nilai GCS 15 E4M6V5

Pengkajian kesehatan dahulu didapatkan data bahwa pada pasien 1 dan pasien 2 mengatakan sebelumnya pernah dirawat di rumah sakit. Dan pasien yang sama telah dirawat dengan kasus yang sama dan pasien 2 di rawat dengan diagnose DM type II. Pengkajian riwayat kesehatan keluarga didapatkan data bahwa pada pasien 1 tidak memiliki riwayat penyakit keluarga seperti diabetes, hipertensi, jantung dan pada klien 2 berdasarkan



hasil pengkajian didapatkan data bahwa pada pasien 2 tidak memiliki riwayat penyakit keluarga seperti diabetes, hipertensi, jantung.

Pada pemeriksaan psikososial ditemukan pada pasien 1 dapat berkomunikasi dengan perawat maupun orang lain sangat baik dan lancar serta menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat. Orang yang paling dekat dengan Klien adalah anaknya. Ekspresi Klien terhadap penyakitnya yaitu tidak ada masalah. Klien mengatakan interaksi dengan orang lain baik dan tidak ada masalah. Reaksi saat interaksi dengan Klien kooperatif dan tidak ada gangguan konsep diri. Pada pasien 2 Klien dapat berkomunikasi dengan perawat maupun orang lain sangat baik dan lancar serta menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat. Orang yang paling dekat dengan Klien adalah anaknya dan istrinya dalam mengambil keputusan. Persepsi diri Klien mengatakan berharap cepat sembuh dari penyakit dan ingin cepat pulang. Klien mengatakan sudah cukup bahagia melihat anak-anak dan cucu. Klien mengatakan jika stres klien melakukan pemecahan masalah dengan keluarga. Klien mengatakan kepercayaan nya ialah Allah SWT, klien beragama Islam.

Pemeriksaan fisik pada pasien 1 dan 2 dilakukan dengan memeriksa dengan head to toe dengan menggunakan Teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Pada pemeriksaan kepala tidak ditemukan masalah atau kelainan pada pasien 1 dan 2, pada pemeriksaan mata ditemukan hasil konjungtiva anemis pada pasien 1 dan pasien 2 konjungtiva tidak terjadi anemis. Pada pemeriksaan muskuloskeletal (ekstremitas) didapatkan hasil

pada pasien 1 dan 2 otot simetris kanan dan kiri, tidak terdapat oedema pada ekstremitas kanan dan kiri atas dan bawah. Pada pemeriksaan system pencernaan dan status nutrisi ditemukan masalah pada pasien 1 mengalami berat badan berlebih dengan IMT 23,9 ( berat berlebih ) dengan berat badan pasien 65 kg dan tinggi 165 cm dan pada pasien 2 ditemukan pada status nutrisi pasien mual, muntah, anoreksia dan pasien makan ½ porsi makanan yang diberikan dalam waktu 3 kali sehari. Pada pemeriksaan pola tidur pasien 1 dan 2 ditemukan masalah yaitu pasien 1 hanya tidur 5-6 jam/hari dan terbangun saat ingin BAK dikarenakan nyeri yang dirasakan. Untuk pasien 2 hanya tidur 4 – 5 jam/hari dan sering terbangun dimalam hari, pasien juga mengeluh pusing.

Pada pemeriksaan system perkemihan, adanya masalah pada pasien 1 dan 2 terdapat keluhan berkemih, adanya nyeri tekan dan pembesaran pada kandung kemih dan produksi urine  $\leq 1000$  ml/hari. Menurut teori Bruno, (2019), Pada laki-laki pembesaran kelenjar prostat menyebabkan obstruksi aliran urin dari kandung kemih dan pasien memakai kateter.

Pada pemeriksaan penunjang pada pasien 1 dan 2 terdapat pemeriksaan hematologi dan juga pemeriksaan kimia darah. Pada pasien 2 dapat disimpulkan bahwa kadar hemoglobin menurun dengan hasil 12 g/dL. Pasien juga mengalami kadar glukosa yang tidak stabil, dengan hasil yang naik turun dalam pemeriksaan glukosa darah sewaktu ataupun glukosa darah puasa. Sedangkan pada pasien 1 dan 2 dapat disimpulkan dari hasil pemeriksaan USG pada pasien 1 dan 2 adanya kesamaan yaitu adanya

pembesaran prostat adanya kegagalan tubuh dalam system eliminasi didukung dengan hasil USG.

Pengkajian pada Pasien 1 dilakukan pada hari senin 06 Maret 2020 sedangkan pada Pasien 2 dilakukan pada senin 12 Oktober 2019. Pasien 1 berusia 60 tahun dan pasien 2 berusia 63 tahun, terdapat persamaan keluhan antara Pasien 1 dan Pasien 2. Pada Pasien 1 mengeluh nyeri perut pada bagian bawah dan kelamin sedangkan pada Pasien 2 mengeluh nyeri perut bagian bawah, sakit dan nyeri saat BAK, Pasien juga mengatakan mual, muntah dan nafsu makan menurun. Hal ini sesuai dengan teori (Suharyanto, T. 2009) Hyperplasia dari kelenjar prostat dan sel-sel epitel mengakibatkan prostat menjadi besar. Ketika prostat cukup besar akan menekan saluran uretra menyebabkan obstruksi uretra baik secara parsial maupun total. Hal ini dapat menimbulkan gejala-gejala urinary hesiitancy, sering berkemih, peningkatan risiko infeksi saluran kemih dan retensi urin.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Masalah keperawatan atau diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon Pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons Pasien, individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim pokja SDKI DPP, 2017).

Menurut WOC dan sumber (fikri, 2017), diagnosa yang biasa muncul pada pasien pre operasi Benigna Prostat Hiperplasia adalah sebanyak pre

operatif 6 diagnosa. Sedangkan, yang ditemukan peneliti pada pasien 1 pre operatif 3 diagnosa. Sedangkan pada pasien 2 ditemukan 4 diagnosa pre operatif dan 2 diagnosa post operatif. Pada pasien 1 ditemukan 1 diagnosa yang tidak sesuai teori yaitu hipertermi berhubungan dengan proses penyakit didukung oleh data mayor yaitu pasien merasa panas dan suhu badan 37,6 C, serta Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh berhubungan dengan tidak adekuatnya intake output pada pasien 2.

Diagnosa keperawatan pre operasi pada pasien 1 terdapat 3 diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, hipertermi berhubungan dengan proses penyakit dan retensi urine berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra. Sedangkan pada pasien 2 pada pre operasi muncul 4 diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan otot spingter, Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh berhubungan dengan tidak adekuatnya intake output, Gangguan Pola Eliminasi Urine berhubungan dengan Tekanan uretra tinggi, Gangguan pola tidur berhubungan dengan Perubahan status Kesehatan

Diagnosa keperawatan Benigna Prostat Hiperplasia pada pasien 1 dan 2 yang serupa yaitu :

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Menurut hasil analisa peneliti muncul masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dari hasil pengkajian

data didapatkan pasien 1 mengeluh nyeri pada perut bagian bawah dan kelamin pada tanggal 5 maret 2020. Pada pemeriksaan penunjang USG diagnose medis adalah BPH.

Pada pasien 2 data yang didapat pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, dan dirasakan saat miring kanan maupun kiri, susah dan nyeri saat BAK, badannya lemas, Klien juga mengatakan tidak nyaman dengan kondisi yang dialaminya, nyeri timbul disebabkan saat BAK, Nyeri dirasakan di pagi hari, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk benda tajam, nyeri dirasakan sampai kepinggang bagian belakang, Skala nyeri 7, nyeri dirasakan saat melakukan aktivitas berat, Klien tampak lemah, Klien tampak gelisah. Saat dikaji pasien Pasien terlihat meringis. Pada pemeriksaan USG diagnose medis adalah BPH.

Hal ini sesuai Menurut Ardiansyah, Muhammad (2012) Nyeri akut sebagian besar di akibatkan oleh penyakit, radang, atau injuri. Nyeri ini awalnya datang tiba-tiba dan biasanya. Nyeri akut biasanya sejalan dengan terjadinya penyembuhan. Apabila nyeri akut tidak diatasi secara adekuat mempunyai efek nyeri yang dapat membahayakan diluar ketidaknyamanan yang disebabkan seperti mempengaruhi system pulmonary, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin dan imunologik.

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Kriteria mayornya yang dapat

ditemukan berupa data objektif meliputi tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur sementara data subjektif yang dapat ditemukan pada tanda mayor adalah mengeluh nyeri. Sedangkan kriteria minornya yang dapat ditemukan berupa data objektif meliputi tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah dan proses. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Peneliti memprioritaskan diagnose nyeri akut karena pada saat BAK pasien mengatakan nyeri dan dibuktikan dengan pain measurement scale. Hal ini jika tidak segera dilakukan dapat mengakibatkan kenyamanan pasien menjadi terganggu dan aktivitas pasien dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari ikut terhambat. Dengan adanya teori tersebut penulis berasumsi bahwa hasil dari review kasus sesuai dengan teori yang dikemukakan dikarenakan nyeri akut terjadi karena adanya pertumbuhan abnormal dari suatu penyakit dan menurut penulis tanda mayor yang didapatkan sudah memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) yaitu sekitar 80 persen sampai 100 persen.

Diagnosa keperawatan yang tidak sesuai dengan teori pada kasus Benigna Prostat Hiperplasia pada pasien 1 dan 2 yaitu :

a) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

Menurut hasil analisa peneliti di tegakkan masalah hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, dari hasil pengkajian data didapatkan pada pasien 1 mengeluh meriang, suhu di atas normal, akral

dingin dan pasien merasa gelisah. Alasan peneliti menegakkan diagnosa tersebut yaitu berdasarkan teori Menurut SDKI (2016) penyebab hipertermia yaitu dehidrasi, terpapar lingkungan panas, proses penyakit (mis. infeksi), ketidaksesuaian pakaian dengan lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, aktivitas berlebihan, dan penggunaan incubator.

Hipertermi menurut NANDA yaitu peningkatan suhu tubuh diatas kisaran normal. Faktor yang berhubungan dari kasus didapatkan bahwa terdapat perubahan regulasi temperatur. Berdasarkan data subjektif dan objektif Pasien mengatakan demam sudah dari 4 hari yang lalu, badan terasa lemas, tidak mual dan muntah, KU : Cukup, Composmentis, TD : 100/80 mmHg, N : 60 kali/menit, S : 37,6 oC, RR : 22 kali/menit, Pasien tampak lemas. Sehingga penulis mengangkat diagnosa hipertermi menjadi diagnosa nomor 2.

Menurut teori Set point (Sodikin, 2012), (titik tetap) tubuh akan dipertahankan supaya suhu inti tubuh tetap konstan pada kisaran 37,5°C. Pada saat suhu tubuh meningkat melebihi titik tetap (set point), maka keadaan ini akan merangsang hipotalamus untuk melakukan berbagai mekanisme agar suhu mampu dipertahankan dengan cara menurunkan produksi panas dan meningkatkan pengeluaran panas sehingga suhu kembali pada titik tetap. Sedangkan bila suhu tubuh inti di bawah titik tetap (37°C), tubuh akan menjalankan satu mekanisme untuk

meningkatkan produksi panas dan menurunkan laju penurunan panas tubuh dari lingkungan.

Menurut penulis pada pasien 1 diagnosa Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, tanda mayor yang didapatkan belum memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) yaitu sekitar 80 persen sampai 100 persen. Diantaranya gejala dan tanda mayor pada SDKI : suhu diatas nilai normal, kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, dan kulit merasa hangat.

b) Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan.

Menurut analisa data peneliti muncul masalah deficit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan berhubungan dengan asupan makanan. Dari hasil pengkajian ditemukan data pasien mengatakan mual, muntah dan nafsu makan menurun, keadaan umum klien sedang, porsi makanan pasien ½ porsi makanan yang diberikan dalam waktu 3 kali sehari, berat badan pasien selama sakit sama dengan sehat yaitu 74 kg, kesadaran compos mentis GCS : E4M6V5, TD : 130/70 mmHg, nadi : 69x/menit, suhu : 36,5°C, RR:20x/menit. Alasan peneliti menegakkan diagnose tersebut yaitu kasus ini sesuai dengan keluhan utama klien yang dimana diagnosa tersebut ditegakkan berdasarkan penyebab munculnya diagnosa yaitu gejala penyakit (Tim pokja SDKI DPP, 2017).

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP, 2017) Defisit nutrisi ialah intake yang tidak adekuat dalam memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh



dimana penyebabnya adalah ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi dan faktor psikologis. Tanda dan gejala mayor defisit nutrisi adalah berat badan menurun minimal 10% dari rentang ideal sedangkan tanda dan gejala minor dari defisit nutrisi adalah cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun, bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, dan diare.

Menurut penulis sesuai dengan data pengkajian dan teori, diagnosis actual menggambarkan proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah Kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien. Menurut penulis, tanda mayor yang didapatkan belum memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) yaitu sekitar 80 persen sampai 100 persen. Tetapi, respon klien terhadap kondisi Kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah Kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada klien namun klien memiliki faktor risiko mengalami masalah Kesehatan.

Menurut Doengoes (2014) yaitu keadaan dimana individu yang berisiko mengalami kekurangan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolik disebut juga risiko defisit nutrisi.

Menurut penulis pada kasus case review pada diagnose deficit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan lebih tepat jika diagnosis yang ada menjadi risiko deficit nutrisi ditandai dengan keengganan untuk makan.

Diagnose keperawatan pada pasien 1 yang sesuai dengan teori :

a) Retensi urine berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra

Menurut Analisa peneliti ditegakkannya masalah keperawatan retensi urine berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra, dari hasil pengkajian pasien nyeri pada perut bagian bawah dan sulit dalam berkemih, adanya nyeri tekan dan pembesaran pada kandung kemih dan produksi urine  $\leq 1000$  ml/hari.. Alasan peneliti menegakkan diagnose tersebut sesuai dengan teori (Purnomo, 2014) Retensi urin adalah ketidakmampuan seseorang untuk mengeluarkan urin yang terkumpul di dalam kandung kemih hingga kapasitas maksimal kandung kemih terlampaui. Proses miksi terjadi karena adanya koordinasi harmonik antara otot detrusor kandung kemih sebagai penampung dan pemompa urin dengan uretra yang bertindak sebagai pipa untuk menyalurkan urin. Adanya penyumbatan pada uretra, kontraksi kandung kemih yang tidak adekuat, atau tidak adanya koordinasi antara kandung kemih dan uretra dapat menimbulkan terjadinya retensi urin.

Menurut (Prabowo, 2014) Pada awal obstruksi, biasanya pancaran urin lemah, terjadi hesistansi, intermitensi, urin menetes, dorongan mengejan yang kuat saat miksi, dan retensi urin. Retensi urin sering

dialami oleh klien yang mengalami BPH kronis. Secara fisiologi, vesika urinaria memiliki kemampuan untuk mengeluarkan urin melalui kontraksi otot detrusor. Namun, obstruksi yang berkepanjangan akan membuat beban kerja ototdetrusor semakin berat dan pada akhirnya mengalami deekompensasi.

Menurut penulis, pada pasien 1 diagnosa retensi urine berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra, menurut penulis tanda mayor yang didapatkan sudah memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) yaitu sekitar 80 persen sampai 100 persen.

Menurut penulis pada pasien 1, data objektif yang mendukung penegakan diagnosa keperawatan retensi urine pada saat analisa data, tidak terdapat dalam pengkajian yang sudah dilakukan oleh peneliti. Sehingga terdapat ketidaksesuaian data pada pengkajian dan analisa data.

Serta metode penulisan diagnosa aktual belum sesuai dengan metode penulisan diagnosa aktual pada SDKI, dengan formulasi sebagai berikut :

**Masalah** berhubungan dengan **Penyebab**  
dibuktikan dengan **Tanda atau Gejala**

Diagnosa keperawatan pasien 2 yang memiliki kesesuaian dengan teori antara lain :

- a) Gangguan eliminasi berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih

Menurut hasil analisa peneliti ditegakkan masalah gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih, dari hasil pengkajian data didapatkan Klien mengatakan sulit saat buang air kecil, Klien mengatakan nyeri saat buang air kecil, Klien juga mengatakan tidak nyaman dengan kondisi terpasang kateter urine Data objektif : Kateter (+), Urine  $\pm$  1000 cc, Nyeri saat buang air kecil, TD = 130/80 mmHg, distensi kandung kemih.

Menurut teori (Purnomo,2003) Pembesaran prostat menyebabkan penyempitan lumen uretra prostatika dan menghambat aliran urine. Keadaan ini menyebabkan peningkatan tekanan intravesikal. Untuk dapat mengeluarkan urine, buli-buli harus berkontraksi lebih kuat guna melawan tahanan itu. Kontraksi yang terus-menerus ini menyebabkan perubahan-perubahan anatomik buli-buli berupa hipertrofi otot detrusor, trabekulasi, terbentuknya selula, sakula, dan divertikel buli-buli. Perubahan struktur pada buli-buli tersebut, oleh pasien dirasakan sebagai keluhan pada 12 saluran kemih sebelah bawah atau lower urinary tract symptom (LUTS) yang dahulu dikenal dengan gejala prostatismus.

Menurut Penulis mengangkat diagnose gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih karena

menurut hasil pengkajian yang telah dilakukan oleh peneliti didapatkan hasil bahwa pasien telah memakai kateter dan mengalami gangguan perkemihan lainnya, sehingga peneliti mengangkat diagnose gangguan eliminasi urine berhubungan penurunan kapasitas kandung kemih.

b) Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya control tidur

Menurut Analisa peneliti ditegakkan masalah gangguan pola tidur Berhubungan dengan perubahan status Kesehatan, dari hasil pengkajian data di dapatkan Pasien mengatakan susah untuk tidur, Pasien mengatakan sering terbangun tengah malam, Klien mengatakan tidur hanya 4-5 jam/hari, Pasien mengatakan jadwal tidurnya tidak menentu. Data Objektif : Pasien hanya tidur 5 jam, TD : 130/80mmHg, Pasien terbangun dimalam hari, Pasien tampak gelisah, Pasien sering terbangun dimalam hari.

Sakit yang menyebabkan nyeri atau gangguan fisik dapat menyebabkan masalah tidur. Orang yang sakit memerlukan tidur lebih banyak dibandingkan keadaan normal dan irama tidur dan bangun yang normal sering kali terganggu. Orang yang kurang mendapat waktu tidur REM pada akhirnya menghabiskan lebih banyak waktu tidur dibandingkan orang normal pada tahap tidur ini.

Menurut teori ( Purnomo, 2011), Gejala iritasi juga menyertai obstruksi urin. Vesika urinarianya mengalami iritasi dari urin yang tertahan tertahan didalamnya sehingga pasien merasa bahwa vesika urinarianya tidak menjadi kosong setelah berkemih yang mengakibatkan

interval disetiap berkemih lebih pendek (nokturia dan frekuensi), dengan adanya gejala iritasi pasien mengalami perasaan ingin berkemih yang mendesak/ urgensi dan nyeri saat berkemih /dysuria.

Pada pasien 2, diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya control tidur dibuktikan dengan pasien mengatakan susah untuk tidur, Pasien mengatakan sering terbangun tengah malam, Klien mengatakan tidur hanya 4-5 jam/hari, Pasien mengatakan jadwal tidurnya tidak menentu. Data Objektif : Pasien hanya tidur 5 jam, TD : 130/80mmHg, Pasien terbangun dimalam hari, Pasien tampak gelisah, Pasien sering terbangun dimalam hari., dimana metode penulisan diagnosa aktual pada klien 2 sudah sesuai dengan metode penulisan diagnosa aktual pada SDKI. Namun tanda mayor yang didapatkan pada klien 2 belum memenuhi validasi penegakan diagnosis pada SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) yaitu sekitar 80 persen sampai 100 persen.

Diagnose keperawatan pada pasien 1 dan 2 yang harusnya muncul antara lain :

a) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Penulis menemukan hasil pengkajian pada pasien 2 pada pengkajian psikososial bahwa pasien Klien dapat berkomunikasi dengan perawat maupun orang lain sangat baik dan lancar serta menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat. Orang yang paling dekat dengan Klien adalah anaknya dan istrinya dalam mengambil keputusan. Persepsi

diri Klien mengatakan berharap cepat sembuh dari penyakit dan ingin cepat pulang. Klien mengatakan sudah cukup bahagia melihat anak-anak dan cucu. Klien mengatakan jika stres klien melakukan pemecahan masalah dengan keluarga. Klien mengatakan kepercayaannya ialah Allah SWT, klien beragama Islam.

Data yang mendukung untuk menegaskan diagnose diluar kasus yang telah di review berdasarkan teori (Long, 2000), Kecemasan (ansietas) adalah respon psikologik terhadap stres yang mengandung komponen fisiologik dan psikologik. Reaksi fisiologis terhadap ansietas merupakan reaksi yang pertama timbul pada sistem saraf otonom, meliputi peningkatan frekuensi nadi dan respirasi, peningkatan tekanan darah dan suhu, relaksasi otot polos pada kandung kemih dan usus, kulit dingin dan lembab. Respon psikologis secara umum berhubungan adanya ansietas menghadapi anestesi, diagnosa penyakit yang belum pasti, keganasan, nyeri, ketidaktahuan tentang prosedur operasi dan sebagainya.

Asumsi peneliti, berdasarkan hasil penelitian tingkat ansietas yang dirasakan pasien 2 bisa berdampak buruk terhadap kehidupan sehari-hari sehingga penulis menambahkan diagnose tersebut.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Perencanaan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. Perencanaan merupakan langkah awal dalam menentukan apa yang dilakukan untuk

membantu klien dalam memenuhi serta mengatasi masalah keperawatan yang telah ditentukan. Tahap perencanaan keperawatan adalah menentukan prioritas diagnose keperawatan, penetapan kriteria evaluasi dan merumuskan intervensi keperawatan.

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah- masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh man perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efisien (Nikmatur rohmah & Saiful walid, 2012).

Intervensi atau perencanaan yang akan dilakukan oleh penulis disesuaikan dengan kondisi klien dan fasilitas yang ada, sehingga rencana tindakan dapat dilaksanakan dengan SMART *spesifik, measurable, acceptance, rasional dan timing* (Nikmatur rohmah & Siful walid, 2012).

Rencana tindakan keperawatan menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) pada pre operasi BPH yang akan dilakukan pada pasien 1 dan pasien 2 dengan masalah nyeri akut antara lain : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, Mengajarkan tentang teknik non farmakologi (tarik nafas dalam), Kolaborasi pemberian analgetik, Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi , Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi. Rencana tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan pada pasien 1 dan pasien 2 dengan nyeri akut dapat teratasi dalam waktu 1 x 6 jam.



Rencana tindakan keperawatan menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) pada pre operasi yang dibuat untuk mengatasi masalah hipertermi pada pasien 1 antara lain : Identifikasi penyebab hipertermia, Monitor suhu tubuh, Berikan cairan oral, lakukan pendinginan external, anjurkan tirah baring, dan kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intraveena, *jika perlu*. Rencana tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan pada pasien 1 hipertermi dapat teratasi dalam waktu 2 x 24 jam.

Rencana tindakan keperawatan menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) pada pre operasi yang dibuat untuk mengatasi masalah retensi urin pada pasien 1 antara lain : Identifikasi penyebab retensi urine, Monitor intake dan output cairan, Monitor distensi kandung kemih dengan palpasi/perkusi, Pasang kateter urine, Jelaskan penyebab retensi urine, Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi . Rencana tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan pada pasien 1 retensi urine dapat teratasi dalam waktu 3 x 24 jam.

Rencana tindakan keperawatan yang yang dibuat untuk mengatasi masalah keperawatan ansietas selama 1x24 jam diharapkan tingkat ansietas pasien menurun dengan kriteria hasil, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun dengan rencana keperawatan ialah identifikasi saat tingkat ansietas berubah, monitor tanda tanda ansietas, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

Rencana Tindakan keperawatan pada pasien 2 yang dibuat untuk mengatasi masalah deficit nutrisi antara lain : Kaji adanya alergi makanan, Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien, Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi, Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. . Rencana tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan pada pasien 2 deficit nutrisi dapat teratasi dalam waktu 2 x 24 jam.

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

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2011).

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada Pasien 1 dan Pasien 2 dilakukan pada waktu yang berbeda yaitu pada Pasien 1 dilakukan pada tanggal 05 s/d 07 Maret 2020 di ruang Flamboyan B . Sedangkan pada Pasien 2 dilakukan tindakan keperawatan pada tanggal 12 s/d 14 Oktober 2019. Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat dan disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditemukan pada Pasien.

Berdasarkan mereview kasus perencanaan yang telah disusun melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah nyeri akut pada kedua pasien. Tindakan yang dilakukan yaitu menganjurkan melakukan teknik relaksasi non farmakologi.

Tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah nyeri akut pada klien 1 yaitu menganjurkan pasien untuk melakukan Teknik relaksasi. Tindakan keperawatan untuk mengatasi nyeri akut pada Pasien 1 dan Pasien 2 yaitu mengajarkan pasien melakukan Teknik nonfarmakologi ( Tarik nafas dalam dan relksasi ) . Menurut Teknik relaksasi nafas dalam akan lebih efektif bila dikombinasikan dengan beberapa teknik lainnya, seperti guided imagery. Guided imagery merupakan teknik yang menggunakan imajinasi seseorang untuk mencapai efek positif tertentu (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever, 2010). Teknik ini dimulai dengan proses relaksasi pada umumnya yaitu meminta klien untuk perlahan-lahan menutup matanya dan fokus pada nafas mereka, klien didorong untuk relaksasi mengosongkan pikiran dan memenuhi pikiran dengan bayangan untuk membuat damai dan tenang (Rahmayanti, 2010)

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi, yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri (Ali, 2009).

Hasil evaluasi keperawatan pada pre operasi pada Pasien 1 dari 3 diagnosa yang muncul. Pada pre operasi terdapat 1 diagnosa yang teratasi yaitu hipertermia yang ditandai dengan pasien tampak tenang, tidak ada tanda

kemerahan pada kulit, dan suhu dalam rentang yang normal dan 2 diagnosa teratasi sebagian antara lain : nyeri akut dan retensi urine.

Hasil evaluasi keperawatan pada pre operasi pada Pasien 2 dari 4 diagnosa yang muncul. Pada pre operasi diagnosa gangguan pola tidur masalah belum teratasi, ditandai dengan pasien masih mengeluh tidak nyaman karena menggunakan kateter.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada Pasien 1 dan Pasien 2 pada pasien pre operasi dengan Limfoma benigna prostat Hiperplasia RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dan RSUD H. Hanafie Muara Bungo. peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

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

Dapat dilakukan pengkajian secara komperhensif pada Pasien 1 dan Pasien 2. Data yang didapatkan yaitu identitas klien, riwayat penyakit, data psikososial. Data tersebut berdasarkan hasil wawancara dengan klien dan keluarga, observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang.

##### **2. Diagnosa keperawatan**

Dapat ditegakkannya diagnosa keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 Diagnosa keperawatan yang muncul dari data pengkajian Pasien 1 ditegakkan 3 diagnosa keperawatan pada pasien Benigna Prostat Hiperplasia. Urutan diagnose keperawatan yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi), dan retensi urin berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra.

Sedangkan pada Pasien 2 ditegakkan 4 diagnosa keperawatan. Urutan diagnose keperawatan yaitu, Nyeri Akut berhubungan dengan spasme otot spingter, Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh berhubungan dengan tidak adekuatnya intake output, Gangguan Pola Eliminasi Urine berhubungan dengan Tekanan uretra tinggi,blockage, hambatan reflek, spingter kuat dan Gangguan pola tidur berhubungan dengan Perubahan status kesehatan. Terdapat kesamaan diagnosa keperawatan pada Pasien 1 dan Pasien 2 yaitu, nyeri akut.

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang diberikan pada Pasien 1 dan Pasien 2 dapat disusun sesuai dengan diagnosa yang muncul, rencana yang telah disusun disesuaikan dengan teori yang ada. Perencanaan dibuat sesuai dengan masalah yang ditemukan berdasarkan hasil dari pengkajian.

### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dapat dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan yang telah peneliti susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Pasien 1 dan Pasien 2 sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan kebutuhan klien kemoterapi dengan Benigna Prostat Hiperplasia.

### 5. Evaluasi Keperawatan

Dapat melakukan evaluasi mengenai kondisi perkembangan Pasien dari pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Hasil evaluasi

keperawatan pada pre operasi pada pasien 1 dari 3 diagnosa yang muncul terdapat 1 diagnosa yang teratasi yaitu hipertermia dan 2 diagnosa teratasi sebagian antara lain : nyeri akut dan retensi urin. Hasil evaluasi keperawatan pada pre operasi pada Pasien 2 dari 4 diagnosa yang muncul, pada diagnosa Hasil evaluasi keperawatan pada pre operasi pada Pasien 2 dari 4 diagnosa yang muncul. Pada pre operasi diagnosa gangguan pola tidur masalah belum teratasi, ditandai dengan pasien masih mengeluh tidak nyaman karena menggunakan kateter.

## **B. SARAN**

### **1. Bagi Peneliti**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan, keterampilan dan pengalaman serta menambah wawasan peneliti sendiri dalam melakukan penelitian ilmiah khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien pre operasi dengan Benigna Prostat Hiperplasia. Dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Benigna Prostat Hiperplasia yang diberikan dapat tepat, peneliti selanjutnya diharapkan harus benar-benar menguasai konsep mengenai Benigna Prostat hyperplasia itu sendiri, selain itu peneliti juga harus melakukan pengkajian dengan tepat agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang di temukan pada Pasien. Salah satunya yaitu dengan komunikasi yang efektif dalam melakukan pengkajian pada Pasien.

Selain itu peneliti harus melakukan pengkajian secara komprehensif agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang ditemukan pada pasien serta tidak ada masalah yang luput dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien. Peneliti juga harus teliti saat analisis data, dimana data subjektif dan objektif yang digunakan untuk penegakan diagnosa keperawatan harus berdasarkan data yang didapatkan saat melakukan pengkajian awal.

Pada bagian penegakan diagnosa keperawatan, diharapkan peneliti lebih teliti lagi dalam menganalisis data mayor maupun data minor baik yang data subjektif dan data objektif agar memenuhi validasi diagnosis yang terdapat dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI).

Pada intervensi keperawatan, diharapkan peneliti klien 1 dalam merumuskan kriteria hasil sesuai dengan buku panduan Standar luaran Keperawatan Indonesia.

Pada bagian implementasi keperawatan, diharapkan peneliti melakukan tindakan sesuai dengan intervensi yang telah dirumuskan oleh peneliti agar diagnosa keperawatan yang muncul dapat teratasi. Pada bagian evaluasi keperawatan, diharapkan peneliti lebih memahami tentang konsep evaluasi formatif dan evaluasi sumatif.



## DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Z. (2009). *Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Anonim. 2012. *Penuntun Praktikum Mikrobiologi*. Laboratorium Biologi UMS : Surakarta.
- Arslantas D, Gokler ME, Unsal A, Baseskioglu B. 2017. Prevalence of Lower Urinary Tract Symptoms Among Individuals Aged 50 Years and Over and Its Effect on the Quality of Life in a Semi-Rural Area of Western Turkey. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*. 9(1):5–9.
- Bruno, L. (2019). karakteristik lansia yang mengalami inkontinensia urin. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep & Kerangka Kerja (1st ed.)*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- DPP Tim Pokja SDKI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1. In *Dewan Pengurus Pusat PPNI*. <https://doi.org/10.1093/molbev/msj087>
- Ekowati, S. (2010). *Hubungan Inkontinensia Urine dengan Tingkat Depresi pada Usia Lanjut di Posyandu Lansia “Flamboyan” Desa Onggobayan Ngestiharjo Kasihan Bantul*.
- Eko Prabowo, Andi Eka Pranata. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan: Pendekatan NANDA, NIC dan NOC . SEKRESI & EKSRESI*: NuMed
- Graham, C. R., & Allen, S. (2011). Blended Learning Environments. In *Encyclopedia of Distance Learning*. <https://doi.org/10.4018/978-1-59140-555-9.ch024>
- Ikatan Ahli Urologi Indonesia (IAUI). (2015). *Pembesaran Prostat Jinak ( Benign Prostatic Hyperplasia / BPH )*. 8–33.
- Indah, P. (2011). *Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) adalah, PUSPITA INDAH Fakultas Ilmu Kesehatan UMP, 2016*. (2007), 1.
- Kemenkes RI. (2019). *Profil Kesehatan Indonesia 2018 [Indonesia Health Profile 2018]*. Retrieved from

[http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Data-dan-Informasi\\_Profil-Kesehatan-Indonesia-2018.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Data-dan-Informasi_Profil-Kesehatan-Indonesia-2018.pdf)

- Mubarak. W. I. (2011). Promosi kesehatan. Yogyakarta : Graha ilmu.
- Nunes, R. L. V., Antunes, A. A., Silvinato, A., & Bernardo, W. M. (2018). B prostatic hyperplasia. *Revista Da Associacao Medica Brasileira*, 64(10), 876–881. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.64.10.876>
- Nurhasanah, T. N., & Hamzah, A. H. (2017). Bladder Training Berpengaruh Terhadap Penurunan Kejadian Inkontinensia Urine Pada Pasien Post Operasi Bph Di Ruang Rawat Inap Rsud Soreang. *Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan*, 5(1), 79–91. <https://doi.org/10.32668/jitek.v5i1.83>
- Nurhayati, Eti. 2011. Psikologi Pendidikan Inovatif. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Nurarif .A.H. dan Kusuma. H. (2015). *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: MediAction
- PPNI, T. P. S. D. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1. In *Dewan Pengurus Pusat PPNI*. <https://doi.org/10.1093/molbev/msj087>
- Purnomo, Basuki B. 2008. *Dasar-dasar Urology*, Jakarta : CV Sagung Seto.Reza
- Purnomo, B.B., 2008. *Dasar dasar Urologi*. Ed. 2. Jakarta: CV Infomedika
- Purnomo, B.B., 2000. *Dasar-dasar Urologi*. Jakarta : CV Sagung Seto. h. 1- 4.
- Purwadianto, A., Wasisto, B., & Sjamsuhidajat, R. (2018). Penerapan Revisi Sumpah Dokter Terbaru oleh World Medical Association (WMA) di Indonesia. *Jurnal Etika Kedokteran Indonesia*. <https://doi.org/10.26880/jeki.v2i1.9>
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2013). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2013. [cited 2017 Sept 13]. Available from: <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf>
- Sampekalo, G., Monoarfa, R. A., & Salem, B. (2015). Angka Kejadian Luts Yang Disebabkan Oleh Bph Di Rsup Prof. Dr. Dr. R. D. Kandou Manado Periode 2009-2013. *E-CliniC*, 3(1), 568–572. <https://doi.org/10.35790/ecl.3.1.2015.7609>
- Sjamsuhidajat. 2010. *Buku Ajar Ilmu Bedah*, Edisi II. Jakarta : EGC

- Skinder, D., Zacharia, I., Studin, J., and Covino, J., 2016. Benign Prostatic Hyperplasia: A Clinical Review Vol. 29 No. 8.
- Sugiyono. (2015). *Metode Penelitian Kombinasi (Mix Methods)*. Bandung: Alfabeta.
- Suryawan, B. (2016). *HUBUNGAN USIA DAN KEBIASAAN MEROKOK TERHADAP TERJADINYA BPH*. 3(2), 102–107.
- Susan C. Smeltzer alih Bahasa: Devi Yulianti dan Amelia Kimin. 2015. *Keperawatan Medikal Bedah* Brunner & Suddarth, edisi 12, Jakarta, EGC.
- Sjamsuhidajat dan De jong. 2005. *Buku Ajar Ilmu Bedah*, Jakarta : EGC
- Suharyanto, T. (2013). *Asuhan keperawatan pada klien dengan dengan Gangguan sistem perkemihan*. Jakarta: Trans Info Media
- Wibowo, C. D. 2012. *Benign Prostat Hyperplasia*. Universitas Muhammadiyah Semarang.



FORMULIR ANAMNESIS KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
**PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Tanggal MRS : 03-06-2020  
Tanggal Pengkajian : 03-06-2020  
Jam Pengkajian : 21.00 WIB

Jam Masuk :  
No. RM :

*[Handwritten signature]*

**IDENTITAS**

1. Nama Pasien : T. W.  
2. Tanggal lahir : 20-05-1960  
3. Suku Bangsa : Batak

**RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG**

2. Keluhan Penyakit Sekarang Pasien mengeluhkan pelepasan nyeri saat berkemih, sekujur  
tubuh yang terasa sakit yang saat berkemih. Pasien mengeluhkan pada  
tanggal 23-05-2020 pasien datang ke RSUD dr. Wahid Hidayat karena  
tidak bisa kencing / berkemih, saat ini pasien mengeluhkan tanggal 24  
MAY 2020 datang ke RSUD dr. Wahid Hidayat untuk menjalani operasi kencing  
tidak bisa kencing saat ini pasien mengeluhkan saat ini pasien mengeluhkan

**RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG**

1. Pernah dirawat  ya  tidak kapan: 24-05-2020 diagnosa: BPH  
2. Riwayat penyakit kronik dan menular  ya  tidak jenis: (-)  
Riwayat kontrol :  
Riwayat penggunaan obat :  
4. Riwayat operasi  ya  tidak kapan: 25 Februari 2020  
5. Lain-lain

**RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

ya  tidak jenis: (-)

Ril •tk1 ' 1 A1Ti htF.ñtl'F. f iARt flil"KF.BF.IT.STA°s  
 "rzi)aka -'htlxv aa1Jt yaPg Pirwj 'ogarlsl kzaekalJe

Merokok  ya  Tidak  Tidak  
 Keterangan: tidak merokok, merokok 1 kali yang lalu

Obat  ya  Tidak   
 Keterangan: tidak menggunakan obat

Keterangan: tidak menggunakan obat

**OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK**

Posisi pasien : Supine  
 Alat medis/ invasif yang terpasang : IV Line 02

Sakit ringan  Sakit sedang  Sakit berat

Compos Mentis  Apatis  Somnolen  Sopor  Koma

• <u>Klien dapat melakukan gerakan sesuai instruksi.</u>	•
--	---

Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan

S. )\$-l r ylk.vga fi "C"and **tanda Vital**  
 N: 79 x /menit TD: 90/60 mmHg RR: 22 x /menit  
 (ik + (2 x tekanan diastolik) = 70 mmHg

Nyeri  ya  Tidak

Q: Quality dan Quantitas nyeri diperhatikan nyeri seperti di bawah?  
 R: Regio: Pasien mengatakan tidak merasa dibayangi rasa berat dari belakang;  
 S: Severity: Skala nyeri 4  
 T: Time: Pasien merasa nyeri tidak dirasa setiap saat



Nyeri akut berhubungan dengan nyeri pericarditis



**Status Fungsional/Aktivitas dan Mobilitas**

No	Fungsi	Skor	Uraian	Nilai Skor
1	(BAK)	0	Tak terkontrol/tak teratur (perlu pencahar)	
		1	Kadang-kadang tak terkontrol	
		2	Mandiri	2
		0	Tak terkontrol/pakai kateter	0
		1	Kadang-kadang tak terkontrol (1 x 24 jam)	
3	Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain	0
		1	Mandiri	
4		0	Tergantung pada orang lain	
		1	Pertolongan pada hal-hal yang rutin	
5		0	Tidak mampu	
		1	Perlu ditolong memotong makanan	
6		0	Tidak mampu	
		1	Perlu ditolong memotong makanan	
		3	Mandiri	3
7	Berpindah/berjalan	0	Tidak mampu	
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda	
8	Memakai baju	0	Tidak mampu	
		1	Sebagian dibantu (misalnya mengancing baju)	
		2	Mandiri	
9	Naik turun tangga	0	Tidak mampu	
		1	Perlu ditolong memotong makanan	
11	Tandil	0	Tergantung orang lain	0

Kategori tingkat ketergantungan pasien:

Ketergantungan ringan (13)

- 20 = Mandiri
- 12 - 19 = Ketergantungan ringan
- 9 - 11 = Ketergantungan sedang
- 5 - 8 = Ketergantungan berat

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

**6. Pemeriksaan Kepala**

Inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi

Bercabang: Rambut tidak bercabang

Cerah/kusam: Cerah

Kelainan: Tidak ada kelainan

Sklera  
 Konjungtiva (X) Tidak ada edema ( ) Edema  
 Palpebra (X) Jernih ( ) Kuning  
 Reflek cahaya (X) + ( ) -

Dipindai dengan CamScanner




Pupul :  Isokor ( ) Anisokor ( ) diameter  
 Visus : OS

**Hidung :**

Pernafasan Cuping hidung: ( ) Ada  Tidak ada  
 Posisi septum nasi: ( ) Ditengah ( ) Deviasi  
 Lubang hidung: Seimbang

kt\*zi zo ,itntwn .k..e

Bibir Warna Normal

Gigi geligi 

Mukosa  Lembah ( ) Kering ( ) Stomatitis  
 Tonsil Ukuran

**Telinga:**

Daur/pina telinga : Daur telinga normal dan tidak ada lesi  
 Kanal telinga : Bebas  
 Membran Timpani : Baik Cahaya politer  
 Ketataman tendunan

Tes Rinne : 512 Hz  
 Tes Swabach : 512 Hz

Telinga kiri ..... telinga kanan

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

Kelenjar getah bening: ( ) Teraba  Tidak teraba  
 Tiroid: ( ) Teraba  Tidak teraba  
 Posisi trakea:  Letak di tengah ( ) Deviasi ke arah  
 JVP: ..... cmHg

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

Hatah  
 Sekret: (-)  Sesak  nyeri waktu bernafas  
 Produktif  Tidak produktif

.....  
 <..... 7\* > frw< > L-i "  asimetris  barrel chest  
 Pigeons chest

Irama nafas:

Pola pernafasan:

Pernafasan cuping hidung:

..... bantun pernafasan

1- <..... a" >

fax:

Jenis (-)

teratur  tidak teratur  
 Dispnoe  Kusmaul  
 Bradipnae  Takipnea  Cheyne Stokes  
 Ada  Tidak  Hyperventilasi  
 Ada  
 Posisi dadak  menunduk  
 Ya  Tidak

Palpasi:

Vocal percutus : anterior dada terasa simetris

Ekspansi paru : anterior dada terasa simetris

Kelainan

Kronisi

Deviasi trakea

Trakeostomi

Flow <..... >

.....

Posterior dada terasa simetris

Posterior dada simetris



d. Perkusi:  Sonor  Redup  /)l'cL•k  Hipersonor/timpani

e. Auskultasi  
Suara Nafas:  Vesikuler  Bronko vesikuler  Rales  
 Ronki  Wheezing  Suara nafas tambahan lainnya

Suara Ucapan: Terdengar jelas

f. Penggunaan WSD:

1. Jenis : -
2. Jumlah Cairan : -
3. Undulasi : -

\*. Tm •ziLcoua Jaalaey t fii•tem Kardic•ve<Lvler

a. Keluhan: Nyeri dada  Ada  Tidak

R : -

Ujung jari:  Jari tabuh

Batas Atas: C II linea parasternalis dextra - k  
Batas Bawah: C IV linea parasternalis dextra - k IV linea medio clavicula sinistra  
Para sternalis dextra Batas Kiri Para sternalis sinistra

BJI - Trikuspidalis: Normal (up)

Bunyi jantung tambahan: Tidak ada bunyi jantung tambahan  
Kelainan: Tidak ada kelainan

g. CTR: -  
h. ECG & Interpretasinya: -

Lain-lain: -

Tidak ada masalah keparawatan: Tidak ada masalah keparawatan

meriksa Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi

BB: 65 kg TB: 165 cm IMT:  $23.8 \text{ kg m}^2$  Kategori: Berat badan ideal

Par...-ter	Skor
Apakah pasien mengalami penurunan BB yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir?	
a. Tidak ada penurunan berat badan	0
b. Tidak yakin / tidak tahu / terasa baju lebih longgar	
c. Jika ya, berapa penurunan BB tersebut	
1 - 5 kg	
6 - 10 kg	
11 - 15 kg	3
> 15 kg	
Apakah asupan makanan berkurang karena tidak nafsu makan	
a. Ya	
b. Tidak	0

Interpretasi: Bila skor  $\geq 2$  dan atau pasien dengan diagnosis/kondisi khusus dilakukan pengkajian lebih lanjut oleh Dietisien, Bila skor  $\leq 2$ , skrining ulang 7 hari

Konsistensi:  normal  keras  lunak  cair  lendir/darah  
 Uist:  padat  lunak  cair

Nafsu makan:  baik  menurun frekuensi: .....x/hari  
 habis

Abdomen

Bentuk: Rata dan simetris  
 Bayangan vena: Tidak ada  
 Benjolan / massa: Tidak ada

Insisi:  ada  tidak Tanggal operasi: (-)  
 Jenis operasi: (-) Lokasi: (-)  
 Keadaan: Drain  baik  tidak  
 Junjal: /\*  
 Kondisi area sekitar insersi: (-)

Auskultasi: Peristaltik: 12 .....x/menit

Palpasi:  tegang  kembung  ascites  
 Nyeri tekan:  ya  tidak Titik Mc Burney:  
 Massa: (-)

Pemeriksaan ascites: undulasi: .....  
 Ginjal: nyeri ketuk  a/lx  tidak Sifting Dullnes: .....  
 Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

a. Memori:  Panjang  Pendek  
 b. Perhatian:  Dapat mengulang  Tidak dapat mengulang  
 c. Bahasa:  Baik  Tidak (ket: .....)  
 d. Kognisi:  Baik  Tidak  
 e. Orientasi:  Orang  Tempat  
 f. Saraf sensoris:  Nyeri tusuk  Suhu  Waktu  Sentuhan  
 ya: .....

g. Saraf koordinasi (cerebral):  Ya

h. Refleks Fisiologis: Patella 0 1 2 3  
 Achilles 0 1 2 3  
 Tingkat kekuatan reflek  
 0 = tidak ada reflek

- i. Refleks patologis  babinsky  brudzinsky  kernig
- j. Keluhan pusing  Ya  Tidak
- k. Istirahat tidur: 4-5

N3	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak	Ket. Pergerakan ekstremitas baik
	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak	Ket. Pergerakan Power bagus
	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak	Ket. Pergerakan bola mata dan kelopak (+)
	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak	Ket. Pergerakan bola mata (+)
	<input checked="" type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Tidak	Ket. Pergerakan diafragma (+)
	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak	Ket. Pergerakan bola mata (+)
N0	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak	Ket. Pergerakan (+) muka wajah (+)
N10	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak	Ket. Pergerakan (+) keseimbangan tubuh (+)
N11	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak	Ket. Pergerakan (+) reflek morcelan (+)
N12	<input checked="" type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Tidak	Ket. menelan (+) pergerakan leher (+)
	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Tidak	Ket. pergerakan lidah (+)

Masalah Keperawatan: tidak ada

- a. Kebersihan :  Bersih  Kotor
- b. Keluhan kencing:  Nokturi  Gross hematuria

Atas bantu, sebutkan:  
 Jenis : DL  
 Ukuran :  
 Hari ke : 1

- d. Produksi urine : 800 ml/hari
- andung kemis :  Membesar  Nyeri tekan
- Balance cairan:  Intake
- Minum:  Ya  Tidak
- urutan infus:  Ya  Tidak

	Input	Output
Urine (0,5)	..... ml/hr	..... ml/hr
Drain	..... ml/hr	..... ml/hr
IWL (10 - 15 ml/kg/BB/24 jam)	..... ml/hr	..... ml/hr
Diare	..... ml/hr	..... ml/hr
Muntah	..... ml/hr	..... ml/hr
Perdarahan	..... ml/hr	..... ml/hr
Feses (1x = 20 ml/hari)	..... ml/hr	..... ml/hr
<b>Total</b>	..... ml/hr	..... ml/hr

Balance cairan/hari perawatan: ..... ml/hr

Masalah Keperawatan :

13. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen

- n. Pergerakan sendi:  Bebas  Terbatas
- b. Kekuatan otot: 5/5
- e. Kelainan ekstremitas:  ya  tidak
- d. Kelainan tulang belakang:  ya  tidak
- e. Fraktur:  ya  tidak





**System Endokrin**

- Pembesaran kelenjar tyroid:  ya  tidak
- Pembesaran kelenjar getah bening:  ya  tidak
- Pankreas:  ya  tidak
- Trias DM:  ya  tidak
- Hipoglikemia:  ya  tidak
- Hiperglikemia:  ya  tidak
- Luka ganggren:  ya  tidak

Nilai GDA: .....  
 Nilai GDA: .....

baru

- Jenis luka : (-)
- Nama luka : (-)
- Warna : (-)
- Luas luka : (-)
- Kedalaman : (-)
- Kulit Kaki : (-)
- Kuku Kaki : (-)
- Telapak Kaki : (-)

- Infeksi :  ya  tidak
- Riwayat luka sebelumnya :  ya  tidak
- Tahun : (-)

- Riwayat amputasi sebelumnya :  ya  tidak
- Jika Ya : (-)
- Lokasi : (-)

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

**15. Seksualitas dan Reproduksi**

- a. Ejakulasi : ada/tidak \*  
 Erh. \*milim : ya/tidak \*
- b. Genetika  
 Wanita : flour albus : ya/tidak \*  
 Pria : Prolaps uteri : ada/tidak \*  
 Masalah Keperawatan : petensi urin : masalah prostat/kelainan : ada/tidak \*

**Penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse (pasien dewasa)**

Faktor Risiko	Hasil	Standar
Riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan	Ya	0
Menggunakan alat bantu	Berpegangan pada benda-benda sekitar	15
Menggunakan IV dan cateter	Kruk, tongkat, walker	30
Kemampuan berjalan	Bedrest/dibantu perawat	0
Status mental	Ya	0
	Gangguan (pincang/diseret)	20
	Lemah	0
	Normal/bedrest/imobilisasi	0
<b>Total skor</b>	Tidak sadar akan kemampuan/post op 24 jam	0
	Orientasi sesuai kemampuan diri	0

Kesimpulan : Kategori pasien : Sedang (30)

Sedang = 25 - 44

- Cobaan Tuhan       Hukuman       Lainnya  
 b. Ekspresi klien terhadap penyakitnya  
 Murung/diam       Gelisah       Tegang       Marah/menangis  
 c. Reaksi saat interaksi       Kooperatif       Tidak kooperatif       Curiga  
 d. Gangguan Konsep Diri       ya       Tidak
- Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

**PERSONAL HYGIENE & KEBIASAAN**

- b. Keramas 1 / hari      f. Ganti pakaian : 1 » 1>.rt  
 d. Merokok       ya       Tidak  
 e. Alkohol       ya       Tidak  
 Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

- a. Sebelum sakit       Sering       Kadang-kadang       Tidak pernah  
 b. Selama sakit       Sering       Kadang-kadang       Tidak pernah

**PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, Radiologi, EKG, USG)**

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil

**OBAT YANG DITERIMA**

Nama Obat	Dosis
1. ceftriaxone	2 x 1 IV

Obat	Dosis
6. ketoconazol	3 x 30 mg

1. Avodart	1 x 0.5 Per oral	9
5. Tenoxicam	3 x 500 mg	10.

Balikpapan

1019

## B. Data objektif

- Pasien tampak meringis
- Pasien tampak Resemap protektif pada sumber nyeri
- Pasien tampak gelisah
- TTV: TD. 90/60 mmHg  
N. 84 x/menit  
S. 37.6 °C  
R. 22 x/menit
- Distensi
- Distensi kandung kemih
- Skala morse pasien 30 (sedang)





RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Initial klien

Trik

Nama mahasiswa:  
NPM

Mary Handika.P  
P0720117051

NO	KEPERAWATAN	PERENCANAAN		RASIONAL
		TUJUAN	INTERVENSI	
1	Nyeri Akut b.d ayaan perwujudan Psikologis	<p>setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 8 jam maka Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Nyeri menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. kesulitan tidur menurun.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>1.2 Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>1.3 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (Teknik napas dalam)</li> <li>1.4 Anjurkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>1.5 kolaborasi pemberian analgesik</li> <li>1.6 observasi TTV</li> </ol>	
2	Hipertermia b.d proses fisiologi	<p>setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 4 jam maka termografi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 menggigit menurun</li> <li>2 suhu tubuh membaik</li> <li>3 suhu kulit membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 monitor suhu tubuh pasien</li> <li>2.2 Berikan cairan oral</li> <li>2.3 Anjurkan tirah baring</li> <li>2.4 kolaborasi pemberian Antipiretik</li> </ol>	
3	Retensi urin b.d.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam maka eliminasi urine pasien membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sesiasi berkemih membaik</li> <li>2. Distensi kandung kemih menurun</li> <li>3. Disuria menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Periksa kondisi pasien (Mis. kesadaran, TTV, distensi kandung kemih)</li> <li>3.2 Lakukan kateterisasi urine</li> <li>3.3 Jelaskan tujuan dan prosedur pemasangan kateter urine</li> <li>3.4 Anjurkan menarik nafas saat insersi selang kateter,</li> </ol>	
4	Resiko jatuh b.d lingkungan tidak aman	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat jatuh pasien menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh dari tempat tidur menurun</li> <li>2. Jatuh saat duduk menurun</li> <li>3. Jatuh saat dipindahkan menurun.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Identifikasi faktor resiko jatuh</li> <li>4.2 Hitung resiko jatuh dengan skala risk</li> <li>4.3 Pastikan ada tempat tidur dalam keadaan terunci</li> <li>4.4 pasang handrail tempat tidur.</li> <li>4.5 Anjurkan memanggil perawat jika butuh bantuan.</li> </ol>	

HARI/TGL / JAM	TINDAKAN/PERAWATAN	EVALUASI TINDAKAN
Selasa, 03-03-2010 18.10 wita	<p>15.10 Visir keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pengkajian keperawatan</li> <li>1. mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>2. mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>2.1 Memantau suhu tubuh pasien</li> <li>4.1 mengidentifikasi postur rasme jatuh</li> <li>4.2 menghimbau rasme jatuh dgn skala prase</li> </ul>	<p>Ds. Pasien mengatakan nyeri di perut bawah dibarengi with ketombe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>nyeri diarah seperti diundi</li> <li>nyeri diarah sering sakit</li> </ul> <p>Do. pasien tampak gelisah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pasien Beresap pernapas memgigis</li> </ul> <p>Td. 90/60 H. 80 x S. 37.6 P. 22 x</p>
18.25 wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>15.11 Mengdokterkan pemberian oral getih</li> <li>2.4 ketidakerasan pemberian oral peritrik</li> <li>4.3 memastikan raba tempat tidur dalam keadaan terpasang</li> <li>4.4 Memasang handrail tempat tidur</li> </ul>	<p>Ds. pasien mengatakan nyeri harna sudah berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Skalanya nyeri yang di Ras 9</li> </ul> <p>Do. raba tempat tidur terwujud</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Handrail tempat tidur terpasang</li> <li>S. 37.6°C</li> </ul>
18.35 wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>2.1</li> <li>3.3 Mengelaborasi keluhan dan prosedur pemasangan kateter urin</li> <li>2.4 Mengajarkan memarahi rapas saat pemasangan</li> </ul>	<p>Ds. Pasien mengatakan perutnya sudah lega setelah pemasangan kateter</p> <p>Do. keadaan kompartem:</p> <p>Td. 110/70 H. 86 x S. 36.5°C P. 22 x</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak lega setelah pemasangan kateter</li> </ul>
20.10 wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.3 Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri</li> <li>2.2 Memberikan cairan oral</li> <li>2.3 Mengajarkan posisi baring</li> <li>4.3 Memastikan raba tempat tidur dalam keadaan terpasang</li> <li>4.5 Mengajarkan memarahi petawat jika buluh barikan</li> </ul>	<p>Ds. Pasien mengatakan nyeri sudah sedikit berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>skala nyeri yg diarah 4</li> </ul> <p>Do. Pasien mengatakan keluhan dengan argumen Perawat</p> <p>Do. Raba tempat tidur tampak terkunci</p>
Rabu, 4-03-2010 18.10	<p>15.10 Visir keperawatan (post operasi)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1 mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>1.6 Menghimbau tdk</li> <li>2.1 Memantau suhu tubuh</li> <li>4.3 memastikan raba tempat tidur dalam keadaan terpasang</li> <li>4.4 Memasang handrail tempat tidur</li> </ul>	<p>Ds. Pasien mengatakan Intubasi operasi nyeri diarah dibagian perut bawah dan ketombe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>nyeri diarah seperti di sakit - sakit</li> <li>Skalanya nyeri 6</li> </ul> <p>Do. Td. 100/80 P. 22 x H. 86 x S. 37.6</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pasien tampak gelisah</li> <li>pasien Beresap pernapas</li> <li>pasien tampak memgigis</li> <li>Raba tempat tidur terkunci</li> <li>Handrail tempat tidur terpasang</li> </ul>





TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama :  
No. Reg :

Tr.k

Ruang :  
Tanggal :

Flambayan B

NO	HARI/TEGAL / JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI TINDAKAN	TID
16.	06 wita	1.3 Memberikan terapi dari farmako logi (craps dalam 4.3 Merabihkan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci	Ds. pasien mengatakan nyeri sudah berkurang. - skala nyeri 3 Do. pasien tampak tenang - roda tempat tidur sudah terkunci	
18.	10 wita	4.4 Memasang handroll tempat tidur	Ds. pasien mengatakan nyeri sudah sangat berkurang dan hampir tidak terasa Do. injeksi IV obat analgesik - handroll terpasang	

EVALUASI

Nama : Tri. L

Ruang : Flamboyan B

No. Reg :

Tanggal :

No.	Waktu (Tgl./Jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)
1.	04-03-2020 15.10 Nyeri Akut b.d Agen per cedera patah	S. Pasien mengatakan nyeri karena post operasi nyeri dirasa dibagian perut bawah dan kelamin nyeri dirasa seperti disayat-sayat skala nyeri pasien 6. O. TD. 100/80                      P. 23 x N. 86 x                            S. 37.6 . pasien tampak mengis dan bersikap protektif . Pasien tampak gelisah A. Masalah belum teratasi P. Lanjutkan intervensi (Nyeri Akut)
2.	09-03-2020 13.35 wita Hipertermia dan Proses pernapasan	S. pasien mengatakan panasnya sudah agak turun O. TD. 107/70 mmHg            S. 38.5°C N. 86 x/menit                 R. 22 x/menit . suhu kulit terasa hangat . pasien tidak menggigil A. Masalah teratasi. P. Hentikan intervensi
3.	wita. Resepi urine B.d	S. Pasien mengatakan nyeri yang dirasa berkurang sejak pemasangan urine kateter O. TD. 90/70 mmHg            N. 88 x/menit P. 21 x/menit                    S. 36.8°C . Distensi kandung kemih menurun . Pasien menurun A. Masalah teratasi P. Hentikan intervensi
4.	05-03-2020	S. O. Tempat tidur terawat Handrail tempat tidur terpasang Skala Morse 30 A. Masalah sebagian teratasi P. Lanjutkan intervensi





LAPORAN KEGIATAN HARIAN  
 (ACTIVITY DAILY LIVING REPORT)  
 PENGALAMAN BELAJAR KLINIK (PBK) KMBI  
 MAHASISWA PROGRAM DIPLIMA KEPERAWATAN  
 POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALAMANTAN TIMUR

NAMA : Iqbal Nur Hafidha Pratomo : 19012001001  
 NIM : 19012001001  
 : Pamboyan B : 19012001001  
 : 14-03-2020

Jam	Jenis Kegiatan	Keterangan
14.00	liba di PISD	Mengunjungi Pamboyan B.
14.45	pe cerpenke	
15.10	Mengunjungi TV	TV
15.30	Pembinaan dasar anat	TV. dengan dasar anat. Ampruk H. 06 x / menit 10. 100 / 30 menit 1. 23 x / menit
16.00	Pembinaan keterampilan general by	TV. 5. 18 da berwujud di stan ans
18.00	17.00-18.00 istirahat	gene power TV. dengan anatomi dan anatomi H. H. 13
18.30	Mengunjungi TV Boen	TV. 1. 8. 2 di BPH 10. 06/10 menit 1. 21 x / menit
20.10	Pembinaan anat	TV. 1. 3 di SIT regicdi H. 08 x / menit 5. 37. 6 "
20.30	Pembinaan anat	TV. H. 1. 2 di BNU Ureter
21.00	Polong	

Balokpapa,  
 Dosen Pembimbing



Clinical Instruktor









### **BAB III**

#### **STUDI KASUS**

## **ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.M DENGAN *BENIGHT PROSTATIC HYPERPLASIA (BPH)* DI RUANG KELAS UTAMA DAHLIA RSUD H. HANAFIE MUARA BUNGO TAHUN 2019**

Nama Mahasiswa : Tresna Wulandari, S.Kep  
NPM : 1814901648  
Ruangan/RS : Kelas Utama Dahlia  
Tanggal Pengkajian : 12 Oktober 2018

#### **A. Pengkajian**

##### **1) INFORMASI UMUM**

###### Informasi klien

Identitas : Tn. M  
Tempat/tgl lahir : 15-02-1955  
Umur : 63  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Status Perkawinan : Menikah  
Agama : Islam  
Suku : Melayu  
Pendidikan : Sd  
Pekerjaan : -  
Alamat : Pulau kerakap batin 11, pelayang  
Tanggal Masuk : 10 oktober 2018  
Keluarga terdekat : Istri  
Pekerjaan : -  
Alamat : Pulau kerakap batin 11, pelayang

I. Status kesehatan saat ini

1. Alasan utama

Klien datang ke rumah sakit "IGD" pada tanggal 10-10-2018 pukul 21:43 WIB, klien mengeluh nyeri perut bagian bawah, sakit dan nyeri saat BAK, klien juga mengatakan mual, muntah dan nafsu makan menurun.

2. Keluhan yang dirasakan saat ini :

Klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, dan dirasakan saat miring kanan maupun kiri, susah dan nyeri saat BAK, badannya lemas, Klien juga mengatakan tidak nyaman dengan kondisi yang dialaminya, nyeri timbul disebabkan saat BAK, Nyeri dirasakan di pagi hari, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk benda tajam, nyeri dirasakan sampai kepinggang bagian belakang, Skala nyeri 7, nyeri dirasakan saat melakukan aktivitas berat, Klien tampak lemah, Klien tampak gelisah.

3. Factor pencetus : nyeri saat buang air kecil perutnya terasa sakit

4. Lamanya keluhan : 1-2 hari

5. Timbulnya keluhan

Klien mengatakan timbulnya keluhan secara bertahap

6. Faktor penggerak

Klien mengatakan nyeri saat buang air kecil

7. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya : klien mengatakan tidak pernah pake ramuan-ramuan hanya berobat ke klinik terdekat

8. Diagnosa medik : BPH (benign prostatic hyperplasia) + DM tipe II

II. Riwayat Kesehatan dengan penyakit Terdahulu tanggal 07-05-2016 pukul 20:00 WIB

1. Klien mengatakan pernah dirawat dengan penyakit DM karena gulanya naik dan badannya lemas

2. Alergi : klien mengatakan tidak ada alergi

3. Kebiasaan : Klien mengatakan tidak merokok dan minum alkohol lagi, tapi dulu pernah merokok dengan frekuensi 3-4 X / hari.

Pola aktivitas dan latihan

- a. Klien mengatakan sudah tidak bekerja lagi
- b. Klien mengatakan sudah jarang melakukan olah raga
- c. Klien mengatakan waktu luang hanya menonton TV dirumah
- d. Klien mengatakan tidak ada kesulitan apapun

VII. Data Aktivitas Sehari-hari

a. Pola Nutrisi

**Tabel 3.1**  
**Pola Nutrisi**

<b>POLA NUTRISI</b>	<b>SEHAT</b>	<b>SAKIT</b>
1. Berat Badan	74 kg	74 kg
2. Makanan yang disukai	Hanya makanan tertentu yang disukai	Klien hanya makan makanan RS
3. Makanan yang tidak disukai	Tidak ada	Klien kurang menyukai makanan RS
4. Pola Makan		
a. Frekuensi	2x/hari	3x/hari
b. Jenis	Makanan biasa (sering makan makanan bersantan, pedas-pedas, dan goreng-gorengan)	MB (Makanan Biasa)
c. Nafsu makan	Kurang	Kurang
d. Keluhan Makan		Mual, muntah, anoreksia
e. Porsi yang dihabiskan		½ porsi makanan yang diberikan dalam waktu 3 kali sehari

Masalah : Kurang Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh

b. Pola Eliminasi

**Tabel 3.2**  
**Pola Eliminasi**

<b>POLA ELIMINASI</b>	<b>SEHAT</b>	<b>SAKIT</b>
1. BAB a. Frekuensi b. Warna c. Konsistensi	1-2x sehari Kuning Lunak	Belum BAB Belum BAB Belum BAB
2. BAK a. Frekuensi b. Warna c. Output	3-4 kali/hari Kuning jernih	Terpakai kateter Kuning ± 2500 cc

Masalah : Pola Eliminasi Urine

d. Pola Istirahat dan Tidur

**Tabel 3.3**  
**Pola Istirahat dan Tidur**

<b>POLA ISTIRAHAT DAN TIDUR</b>	<b>SEHAT</b>	<b>SAKIT</b>
1. Lama tidur	± 8 jam (21.00 – 05.00)	± 4 jam - ± 5 jam (01.00-05.00)
2. Kesulitan dalam hal tidur	Tidak ada	Klien susah tidur karena nyeri pada saat bergerak, miring kiri maupun kanan. Sering terbangun di malam hari

Masalah : Gangguan Pola Tidur

**Tabel 3.4**  
**Indeks ADL Barthel**

<b>Item yang dinilai</b>	<b>Skor</b>	<b>Keterangan</b>	<b>Nilai</b>
Makan (Feeding)	0 1 2	Tidak mampu Butuh bantuan memotong, mengoles mentega dll. Mandiri	Sehat : 2 Sakit : 1
Mandi (Bathing)	0 1	Butuh pertolongan orang lain Mandiri	Sehat : 1 Sakit : 0
Perawatan diri (Grooming)	0 1	Membutuhkan bantuan orang lain Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi, dan bercukur	Sehat : 1 Sakit : 0
Berpakaian (Dressing)	0 1 2	Tergantung orang lain Sebagian dibantu (misal mengancing baju) Mandiri	Sehat : 2 Sakit : 1
Buang air kecil (Bowel)	0 1 2	Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol Kadang Inkontinensia (maks, 1x24 jam) Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)	Sehat : 1 Sakit : 0
Buang air besar (Bladder)	0 1 2	Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) Kadang Inkontensia (sekali seminggu) Kontinensia (teratur)	Sehat : 0 Sakit : 2
Penggunaan toilet	0 1 2	Tergantung bantuan orang lain Membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri Mandiri	Sehat : 2 Sakit : 0
Transfer	0 1 2 3	Tidak mapu Butuh bantuan untuk bias duduk (2 orang) Bantuan kecil (1 orang) Mandiri	Sehat : 3 Sakit : 2
Mobilitas	0 1 2 3	Immobile (tidak mampu) Menggunakan kursi roda Berjalan dengan bantuan satu orang Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti, tongkat)	Sehat : 3 Sakit : 2
Jumlah			Sehat : 17 Sakit : 10

Keterangan :

18	: Mandiri (0)
12-17	: Ketergantungan ringan (1)
9-11	: Ketergantungan sedang (2)
5-8	: Ketergantungan berat (3)
0-4	:Ketergantungan total (4)

e. Pola Aktivitas dan latihan

Klien selama ini bekerja sebagai petani dan kegiatan sehari hari selama sakit tidak bisa dilakukan. kegiatan dilakukan waktu luang digunakan untuk menonton tv dan berkumpul dengan teman dan keluarga, kesulitan/keluhan dalam hal yang lain adalah klien merasa nyeri di selangkangan setelah beraktivitas.

f. Pola Bekerja

Klien bekerja sebagai petani dan biasanya klien berada dikebun sekitar 4-5 jam perhari, jadwal bekerja pasien tidak menentu karena setiap hari pergi kekebun.

### VIII. Data Lingkungan

Kebersihan	Keluarga mengatakan tempat tinggalnya lumayan bersih dan rapi
Bahaya	Tidak ada bahaya yang mengancam dilingkungan tempat tinggalnya
Polusi	Klien tinggal didusun /pedesaan dengan suasana dan udara yang relatif masih bersih,tetapi jika ada kendaraan lewat ada polusi.



## IX. Data Psikososial

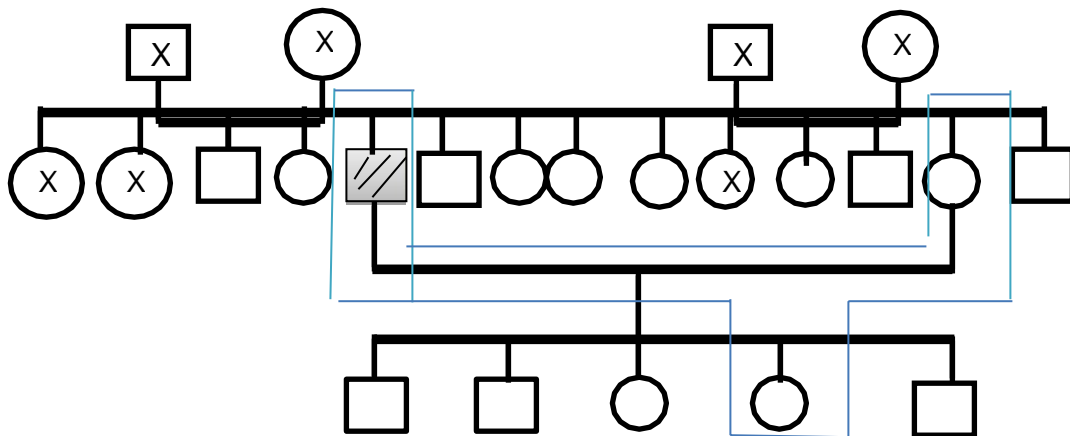
1. Pola pikir dan persepsi
  - a. Klien mengatakan tidak menggunakan kacamata dan alat pendegaran
  - b. Klien mengatakan tidak mengalami kesulitan membaca dan menulis
2. Persepsi diri

Klien mengatakan berharap cepat sembuh dari penyakit dan ingin cepat pulang
3. Suasana hati : Memikirkan kesembuhan
4. Hubungan dan komunikasi
  - a. Bahasa yang digunakan klien sehari-hari bahasa daerah bahasa klien bisa dimengerti orang lain
  - b. Klien tinggal dengan anak nomor 4 bersama istrinya, anak klien sudah menikah dan mempunyai 3 orang anak
  - c. Kehidupan klien dan keluarga baik, pasien selalu melibatkan istri dan anak untuk mengambil keputusan
  - d. Klien mengatakan tidak mengalami kesulitan apapun
5. Kebiasaan seksual

Klien mengatakan tidak melakukan lagi hubungan seksual karena faktor umur
6. Pertahanan Koping
  - a. Pengambilan keputusan : klien mengatakan dalam mengambil keputusan dibantu oleh keluarga seperti istri dan anak
  - b. Klien mengatakan sudah cukup bahagia melihat anak-anak dan cucu
  - c. Klien mengatakan jika stres klien melakukan pemecahan masalah dengan keluarga
7. Sistem nilai kepercayaan : klien mengatakan kepercayaan nya ialah Allah SWT, klien beragama Islam

## X. Riwayat Kesehatan Keluarga

1. Riwayat penyakit keluarga : Klien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit yang sama seperti klien
2. Genogram



Keterangan : Klien Mengatakan tinggal bersama anak no 4 karena sudah tidak bekerja lagi dan sering sakit.

○	: Perempuan	///	: Klien
—	: Garis keturunan	-----	: serumah
□	: Laki – Laki	—	: Serumah
X	: Meninggal		

## XI. Pemeriksaan Fisik

### a. Pengkajian fisik umum

- 1) Tingkat kesadaran : kompos mentis gcs 15 ( E4,M6,V5)
- 2) keadaan umum : lemah
- 3) TTV

TD	: 130/80 mmHg	S	: 36,2 C
N	: 82 x/i	RR	: 20 x/i

**b. Pemeriksaan head to toe**

**a) Kepala**

I : Bentuk kepala simetris, tidak tampak adanya benjolan dan lesi (-), kulit kepala bersih dan distribusi rambut merata

Pa : Tidak teraba adanya massa dan pembengkakan

**b) Mata**

I : Mata simetris, konjungtiva tidak anemis, klien gerakan bola mata atas-bawah dengan normal, klien dapat menggerakkan bola mata ke samping kiri dan kanan, ukuran pupil 3 mm, sclera tidak ikterik

Pa : Tidak teraba adanya pembengkakan dimata Klien dan tidak ada nyeri tekan dan nyeri lepas dimata Klien kiri dan kanan.

**c) Hidung**

I : Hidung simetris kiri dan kanan, lubang hidung terdapat sedikit adanya seckret, tidak ada penyumbatan dilubang hidung, tidak ada lesi di area hidung

Pa : Tidak ada teraba adanya pembengkakan, nyeri tekan dan nyeri lepas (-)

**d) Telinga**

I : Telinga simetris kiri dan kanan, tidak tampak adanya serumen, tidak tampak adanya pendarahan, tidak ada lesi di telinga Klien, tidak ada tanda-tanda infeksi di telinga Klien, Klien tidak menggunakan alat bantu dengar

Pa : Tidak ada nyeri tekan di area telinga dan tidak ada nyeri tekan di telinga Klien.

**e) Mulut**

I : Bentuk mulut simetris, tidak ada lesi dan sariawan

Pa : Tidak ada pembengkakan pada gusi

**f) Leher**

I : Tidak ada lesi jaringan parut, tidak ada pembengkakan kelenjartiroid

Pa : Tidak teraba adanya massa di area leher, tidak ada teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada teraba pembesaran kelenjar limfe

**g) Thorak**

**(1) Paru – paru**

I : Dada simetris kiri dan kanan, warna kulit saomatang, tidak ada lesi di area dada Klien, frekuensi napas RR 20×/i.

Pa : Taktil fremitus getarannya sama kiri dan kanan, tidak teraba adanya massa dan benjolan

Pe : Resonan seluruh lapang paru

Aus Vesikuler

**(2) Jantung**

I : Ictus cordis tidak tampak, tidak ada lesi pada dada sebelah kiri

Pa : Ictus cordis teraba

Pe : Dullness

Aus Bunyi jantung S1 dan S2 dengan irama reguler (lup dup), tidak terdapat bunyi jantung tambahan murmur, gallop

**h) Abdomen**

I : Tidak ada lesi diarea perut klien, warna kulit Klien sama dengan kulit lainnya

Pa : Tidak ada nyeri tekan di area perut Klien, tidak ada pembesaran, tidak ada splenomegali, turgor kulit baik

Pe : Tympani

Aus : Bising usus 17x/menit

**i) Genetalia**

Klien terpasang kateter (+), nyeri saat proses BAK, urine lancar saat terpasang kateter.

**j) Muskuloskeletal**

**(1) Ekstremitas Atas**

Terpasang infus RL 24 TPM pada tangan sebelah kiri Klien, pergerakan ekstremitas baik, capillary refill <3 detik, akral hangat.

**(2) Ekstremitas Bawah**

Kedua kaki Klien baik, capillary refill <3 detik, tidak teraba adanya massa.

Kekuatan otot

5555		5555
<hr/>		
5555		5555

**c. Pemeriksaan Fungsi Reflek**

- 1) Bisep : kanan (+) kiri (+)
- 2) Trisep : kanan (+) kiri (+)
- 3) Patella : kanan (+) kiri (+)
- 4) Achilles : kanan (+) kiri (+)
- 5) Babinski : kanan (+) kiri (+)

**d. Keadaan Umum**

- 1) Kesan Umum : Sedang
- 2) Wajah : Tampak meringis

- 3) Bentuk Badan : Tegap
- 4) Bicara : Baik
- 5) Pakaian : Bersih

**e. Sirkulasi**

- 1) Tekanan darah : 130/80 mmhg
- 2) Distensi vena jugularis : Tidak Tampak
- 3) Pengisian kapiler : <3 detik
- 4) Nadi Perifer : 82 x/menit

**f. Neurologi**

- 1) Tingkat kesadaran : Compos mentis
- 2) GCS : E4, M6, V5
- 3) Saraf Kranial

**Tabel 3.5**  
**Saraf Kranial**

No	Nama Nervus	Hasil Pemeriksaan
I	<i>N. Olfactorius</i>	Klien mampu mengenali dan membedakan aroma kopi dan teh, fungsi penciuman kedua lubang hidung klien baik.
II	<i>N. Optikus</i>	Ketajaman mata klien baik, lapang pandang klien baik, tidak ada gangguan penglihatan
III	<i>N. Okulomotorius</i>	Arah pandang klien maksimal, reaksi pupil (+) saat diberikan rangasangan cahaya
IV	<i>N. Trokhlearis</i>	Pergerakan bola mata normal
V	<i>N. Trigeminus</i>	Reaksi kornea (+), sensasi nyeri pada wajah (+), kekuatan otot rahang (+).
VI	<i>N. Abdusen</i>	Mata dapat mengikuti gerakan tangan ke kiri dan ke kanan.
VII	<i>N. Facial</i>	Ekspersi wajah saat tersenyum simetris, menaikkan dan menurunkan alis mata simetris.
VIII	<i>N. Auditorius</i>	Klien mampu mengulangi kata yang sama hanya

		dengan sekali diinstruksikan
IX	<i>N. Glosfaringeal</i>	Klien mampu membedakan rasa asam asin, pada bagian pangkal lidah, ada kelemahan pada lidah
X	<i>N. Vagus</i>	Tidak ada gangguan dalam kemampuan menelan
XI	<i>N. Asesorius</i>	Klien tidak dapat menahan tahanan ringan yang diberikan pada bahu dan kepala
XII	<i>N. Hipoglosal</i>	Respon lidahbaik, klien bisa menggerakkan lidah dari sisi yang satu ke sisi yang lain.

## XII. Pemeriksaan Penunjang

### 1. Data laboratorium

Hematologi tanggal 10-10-2018

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Hemoglobin	12.0	gr / dl	12-16/13-18
Leukosit	7.900	Sel / mm <sup>3</sup>	5000-10000
LED 1 Jam	92	Mm/jam	0-10/0-15
Hitung jenis	o/o/o77/99/u	o/o	0-1/1-3/2-6
Hematokrit	37	o/o	38-43/40-48
Trombosit	327.000	Sel/,,3	150000-400000
Gula Darah Sewaktu	492	mg / dl	< 180
PT	12,2	Second	12-18
APTT	22,3	Second	20-35
Kreatinin	1,2	Mg/dl	0,6-1,1
SGOT	28	U/L	< 32 / < 38
SGTP	16	U/L	< 31 / < 41

Kimia klinik tanggal 12-10-2018

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Gula Darah Sewaktu	385	mg / dl	< 180

Kimia klinik tanggal 13-10-2018

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Gula Darah Sewaktu	158	mg / dl	< 180

## 2. Data obat

- a. Infus RL 20 TPM
- b. Injeksi Cefoperazon 2x1 gram
- c. Ranitidine 2x50 mg IV
- d. Lantidex 3x30 mg
- e. Ezelin 1x10 unit SC
- f. Novarafid 3x6 unit SC



### 3. Data Fokus

**Tabel 3.7**  
**Data Fokus**

<b>Data Subjektif</b>	<b>Data Objektif</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Klien mengatakan nyeri saat buang air kecil</li><li>○ Klien mengatakan pusing</li><li>○ Klien mengatakan nyeri dirasakan saat melakukan gerakan-gerakan miring kiri dan kanan</li><li>○ Klien mengatakan nyeri perut bagian bawah</li><li>○ Klien juga mengatakan nyeri saat BAK</li><li>○ Klien mengatakan tidak nafsu makan</li><li>○ Klien mengatakan hanya makan ½ porsi yang disediakan</li><li>○ Klien juga mengatakan tidak nyaman dengan kondisi yang dialaminya</li><li>○ Klien mengatakan susah untuk tidur.</li><li>○ Klien mengatakan sering terbangun tengah malam.</li><li>○ Klien mengatakan tidur hanya 4-5 jam/hari.</li><li>○ Klien mengatakan jadwal tidurnya tidak menentu.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Klien pusing</li><li>○ Skala nyeri 7</li><li>○ Nyeri seperti ditusuk-tusuk</li><li>○ Nyeri dirasakan di pagi hari</li><li>○ N : 82 x/i</li><li>○ RR : 20 x/i</li><li>○ S : 36,2 C</li><li>○ Klien hanya tidur 5 jam</li><li>○ TD : 130/80mmHg</li><li>○ Klien tampak lemah</li><li>○ Klien tampak gelisah</li><li>○ Klien sering terbangun di malam hari</li></ul>

#### 4. Analisa Data

No	Data	Dx Keperawatan
1.	<p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Klien mengatakan nyeri saat buang air kecil</li><li>○ Klien mengatakan nyeri dirasakan saat melakukan gerakan-gerakan miring kiri dan kanan</li><li>○ Klien mengatakan nyeri perut bagian bawah</li></ul> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Skala nyeri 7</li><li>○ Nyeri seperti ditusuk-tusuk</li><li>○ Nyeri dirasakan di pagi hari</li><li>○ Tekanan darah klien 130/80 mmHg.</li><li>○ N : 82 x/i</li><li>○ RR : 20 x/i</li><li>○ S : 36,2 C</li></ul>	Nyeri Akut b/d spasme otot spinter
2.	<p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Klien mengatakan tidak nafsu makan</li><li>○ Klien mengatakan hanya makan ½ porsi yang disediakan</li></ul> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Porsi makan ½ porsi dihabiskan</li><li>○ Muntah</li><li>○ Tampak lemas</li></ul>	Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh b/d tidak adekuatnya intake output

3.	<p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan sulit saat buang air kecil</li> <li>○ Klien mengatakan nyeri saat buang air kecil</li> </ul> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien terpasang kateter (+)</li> <li>○ Kateter (+)</li> <li>○ Urine ± 1000 cc</li> <li>○ TD = 130/80 mmHg</li> </ul>	<p>Gangguan Pola Eliminasi Urine b/b Tekanan uretra tinggi, blockage, hambatan reflek, spingter kuat</p>
4.	<p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan susah untuk tidur.</li> <li>○ Klien mengatakan sering terbangun tengah malam.</li> <li>○ Klien mengatakan tidur hanya 4-5 jam/hari.</li> <li>○ Klien mengatakan jadwal tidurnya tidak menentu</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien hanya tidur 5 jam</li> <li>○ TD : 130/80mmHg</li> <li>○ Klien tampak lemah</li> <li>○ Klien tampak gelisah</li> <li>○ Klien sering terbangun dimalam hari</li> </ul>	<p>Gangguan pola tidur b/d Perubahan status kesehatan</p>

## 1. Prioritas Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Akut b/d spasme otot spingter
2. Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh b/d tidak adekuatnya intake output.
3. Gangguan Pola Eliminasi Urine b/b Tekanan uretra tinggi,blockage, hambatan reflek, spingter kuat
4. Gangguan pola tidur b/d Perubahan status kesehatan.

## 2. NURSING CARE PLANING ( NCP )

NO	DIAGNOSA	TUJUAN ( NOC )	INTERVENSI ( NIC )
1.	Nyeri Akut b/d spasme otot spingter.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, rasa nyeri berkurang, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanda-Tanda vital dalam rentang normal (nadi 100-160 x/mnit, pernafasan 30-60 x/menit), dan spo2 96-100%</li> <li>• Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>• Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>• Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>• Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> <li>• Tanda vital dalam rentang normal</li> <li>• Tidak mengalami gangguan tidur</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi</li> <li>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>3. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> <li>5. Kurangi faktor presipitasi nyeri</li> <li>6. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</li> <li>7. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin</li> <li>8. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri:</li> </ol>

			<p>9. Tingkatkan istirahat</p> <p>10. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur</p> <p>11. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali</p>
2.	<p>Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh b/d tidak adekuatnya intake output.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, kebutuhan nutrisi kembali normal, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keadaan umum baik</li> <li>• Tonus otot aktif</li> <li>• Gerak aktif</li> <li>• Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan</li> <li>• Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan</li> <li>• Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti</li> </ul>	<p>1. Kaji adanya alergi makanan</p> <p>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien</p> <p>3. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>4. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.</p> <p>5. Monitor adanya penurunan BB dan gula darah</p> <p>6. Monitor lingkungan selama makan</p> <p>7. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan</p> <p>8. Monitor turgor kulit</p> <p>9. Monitor kekeringan, rambut kusam, total protein, Hb dan kadar Ht</p> <p>10. Monitor mual dan muntah</p> <p>11. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva</p> <p>12. Monitor intake nutrisi</p> <p>13. Informasikan pada klien dan keluarga tentang manfaat nutrisi</p> <p>14. Kolaborasi dengan dokter tentang kebutuhan suplemen makanan seperti</p>

			<p>NGT/TPN sehingga intake cairan yang adekuat dapat dipertahankan.</p> <p>15. Atur posisi semi fowler atau fowler tinggi selama makan</p> <p>16. Kelola pemberian anti emetik</p> <p>17. Anjurkan banyak minum</p> <p>18. Pertahankan terapi IV line</p> <p>19. Catat adanya edema, hiperemik, hipertonic papila lidah dan cavitas oval</p>
3.	<p>Gangguan Pola Eliminasi Urine b/b Tekanan uretra tinggi, blockage, hambatan reflek, spingter kuat</p>	<p><b>NOC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Urinary elimination</li> <li>➤ Urinary Continence</li> </ul> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam pola eliminasi urine pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kandung kemih kosong secara penuh</li> <li>➤ Tidak ada residu urine &gt;100-200 cc</li> <li>➤ Intake cairan dalam rentang normal</li> <li>➤ Bebas dari ISK</li> <li>➤ Tidak ada spasme bladder</li> <li>➤ Balance cairan seimbang</li> </ul>	<p><b>NIC :</b></p> <p>Urinary Retention Care</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor intake dan output</li> <li>2. Monitor penggunaan obat antikolinergik</li> <li>3. Monitor derajat distensi bladder</li> <li>4. Instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat output urine</li> <li>5. Sediakan privacy untuk eliminasi</li> <li>6. Stimulasi reflek bladder dengan kompres dingin pada abdomen.</li> <li>7. Kateterisasi jika perlu</li> <li>8. Monitor tanda dan gejala ISK (panas, hematuria, perubahan bau dan konsistensi urine)</li> </ol>
4.	<p>Gangguan pola tidur b/d Perubahan status kesehatan.</p>	<p><b>NOC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Comfort level</li> <li>➤ Pain level</li> <li>➤ Rest : extent and pattern</li> <li>➤ Sleep : extent and pattern</li> </ul> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam pada pasien</p>	<p><b>Sleep Enhancement</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor jumlah dan kualitas tidur klien</li> <li>2. Menginstruksikan pasien untuk tidur pada waktunya</li> <li>3. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien.</li> <li>4. Diskusi dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan tehnik tidur.</li> </ol>

		<p>dengan gangguan pola tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah jam tidur dalam batas normal (6-8jam/hari)</li> <li>2. Pola tidur, kualitas tidur dalam batas normal</li> <li>3. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat</li> <li>4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Menentukan pola tidur pasien</li> <li>6. Bantu untuk membuang faktor stress sebelum tiba waktu tidur</li> </ol> <p><b>Environment management (Manajemen lingkungan)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan yang aman untuk klien</li> <li>2. Berikan tempat tidur dan lingkungan yang bersih dan nyaman</li> <li>3. Berikan posisi tidur yang membuat klien nyaman</li> <li>4. Control kebisingan</li> <li>5. Atur pencahayaan</li> <li>6. Batasi pengunjung</li> <li>7. Berikan satu ruangan jika diindikasikan</li> </ol>
--	--	---	--

## E. CATATAN PERKEMBANGAN

HARI/TGL	DIAGNOSA	JAM	IMPLEMENTASI	JAM	EVALUASI
Jum'at, 12-10-2019	DX. I	08.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi = skala 6</li> <li>Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien = klien paham tentang menangani nyeri</li> <li>Mengajarkan tentang teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) = gangguan rasa nyeri berkurang</li> </ol>	12.00	<p>DX. I</p> <p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan nyeri saat buang air kecil</li> <li>Klien mengatakan pusing</li> <li>Klien mengatakan nyeri perut bagian bawah</li> </ul> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Skala nyeri 7</li> <li>Nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>Nyeri dirasakan di pagi hari</li> <li>N : 82 x/i</li> <li>RR : 20 x/i</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi = skala 6</li> <li>Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien = klien paham tentang menangani nyeri</li> <li>Mengajarkan tentang teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) = gangguan rasa nyeri berkurang</li> </ol>
	DX. II	12.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>Kaji Kaji adanya alergi makanan = Klien mampu makan sesuai dengan diet</li> </ol>	16.00	<p>DX. II</p> <p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan tidak nafsu makan</li> <li>Klien mengatakan hanya makan ½ porsi yang disediakan</li> </ul>



	DX III	16.00	<p>pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien = kalori yang cukup akan membantu proses asupan kebutuhan nutrisi pasien</li> <li>3. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi = diet sangat membantu asupan nutrisi pasien</li> <li>4. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor intake dan output = urine dalam batas normal</li> <li>2. Monitor penggunaan obat antikolinergik = memperlancar produksi urine</li> <li>3. Monitor derajat distensi bladder = hasil mengurangi rasa nyeri</li> <li>4. Instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat output urine</li> </ol>	17.00	<p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Porsi makan ½ porsi dihabiskan</li> <li>○ Muntah</li> <li>○ Kurang nafsu makan</li> <li>○ Tampak lemas</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji Kaji adanya alergi makanan = Klien mampu makan sesuai dengan diet pasien</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien = kalori yang cukup akan membantu proses asupan kebutuhan nutrisi pasien</li> <li>3. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi = diet sangat membantu asupan nutrisi pasien</li> <li>4. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.</li> </ol> <p>DX III</p> <p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan sulit saat buang air kecil</li> <li>○ Klien mengatakan nyeri saat buang air kecil</li> </ul> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Terpasang Kateter (+)</li> <li>○ Urine ± 2500 cc</li> <li>○ Nyeri saat buang air kecil</li> <li>○ TD = 130/80 mmHg</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor intake dan output = urine dalam</li> </ol>
--	--------	-------	--	-------	--

	DX IV	20.00	<p>5. Sediakan privacy untuk eliminasi</p> <p>1. Monitor jumlah dan kualitas tidur pasien = hasilnya pasien mampu tidur dengan nyenyak</p> <p>2. Mengajukan pasien tidur pada waktunya = tidur sesuai sangat baik buat kondisi pasien</p> <p>3. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien</p> <p>4. Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan teknik tidur pasien</p> <p>5. Mengajukan untuk membatasi pengunjung</p>	20.00	<p>batas normal</p> <p>2. Monitor penggunaan obat antikolinergik = memperlancar produksi urine</p> <p>3. Monitor derajat distensi bladder = hasil mengurangi rasa nyeri</p> <p>4. Instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat output urine</p> <p>5. Sediakan privacy untuk eliminasi</p> <p>DX IV</p> <p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan susah untuk tidur.</li> <li>○ Klien mengatakan sering terbangun tengah malam.</li> <li>○ Klien mengatakan tidur hanya 4-5 jam/hari.</li> <li>○ Klien mengatakan jadwal tidurnya tidak menentu</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien hanya tidur 5 jam</li> <li>○ TD : 130/80mmHg</li> <li>○ Klien tampak lemah</li> <li>○ Klien tampak gelisah</li> <li>○ Klien sering terbangun dimalam hari</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3,4, 5</p> <p>1. Monitor jumlah dan kualitas tidur pasien = hasilnya pasien mampu tidur dengan nyenyak</p> <p>2. Mengajukan pasien tidur pada waktunya = tidur sesuai sangat baik buat kondisi pasien</p> <p>3. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien</p> <p>4. Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan teknik tidur pasien</p> <p>5. Mengajukan untuk membatasi pengunjung</p>
--	-------	-------	--	-------	---

Sabtu, 13-10-2019	DX. I	08.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi = skala 5</li> <li>2. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien = klien paham tentang menangani nyeri</li> <li>3. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) = gangguan rasa nyeri berkurang</li> </ol>	12.00	<p>DX. I</p> <p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan nyeri saat buang air kecil</li> <li>○ Klien mengatakan nyeri dirasakan saat melakukan gerakan miring kiri dan kanan</li> </ul> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien pusing sesekali</li> <li>○ Skala nyeri 5</li> <li>○ Nyeri seperti ditusuk-tusuk</li> <li>○ Nyeri dirasakan di pagi hari</li> <li>○ Tekanan darah 140/90 mmHg.</li> <li>○ N : 90 x/i</li> <li>○ RR : 20 x/i</li> <li>○ S : 37,2 C</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi = skala 5</li> <li>2. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien = klien paham tentang menangani nyeri</li> <li>3. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) = gangguan rasa nyeri berkurang</li> </ol>
	DX. II	12.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji Kaji adanya alergi makanan = Klien mampu makan sesuai dengan diet</li> </ol>	12.00	<p>DX. II</p> <p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan hanya makan ½ porsi yang disediakan</li> </ul>

	DX III	16.00	<p>pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien = kalori yang cukup akan membantu proses asupan kebutuhan nutrisi pasien</li> <li>3. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi = diet sangat membantu asupan nutrisi pasien</li> <li>4. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.</li> </ol>	<p>16.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien juga mengatakan tidak nyaman dengan kondisi yang dialaminya</li> </ul> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Porsi makan ½ porsi dihabiskan</li> <li>○ Muntah</li> <li>○ BB = 74 KG</li> <li>○ Kurang nafsu makan</li> <li>○ Tampak lemas</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji Kaji adanya alergi makanan = Klien mampu makan sesuai dengan diet pasien</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien = kalori yang cukup akan membantu proses asupan kebutuhan nutrisi pasien</li> <li>3. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi = diet sangat membantu asupan nutrisi pasien</li> <li>4. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian</li> </ol> <p>DX III</p> <p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan sulit saat buang air kecil</li> <li>○ Klien juga mengatakan tidak nyaman dengan kondisi terpasang kateter urine</li> </ul> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kateter (+)</li> <li>○ Urine ± 2500 cc</li> <li>○ Nyeri saat buang air kecil</li> </ul>
--	--------	-------	--	---

			<p>rasa nyeri</p> <p>4. Instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat output urine</p> <p>5. Sediakan privacy untuk eliminasi</p>		<p>○ TD = 140/90 mmHg</p> <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor intake dan output = urine dalam batas normal</li> <li>2. Monitor penggunaan obat antikolinergik = memperlancar produksi urine</li> <li>3. Monitor derajat distensi bladder = hasil mengurangi rasa nyeri</li> <li>4. Instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat output urine</li> <li>5. Sediakan privacy untuk eliminasi</li> </ol>
	DX IV	20.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor jumlah dan kualitas tidur pasien</li> <li>2. Menganjurkan pasien tidur pada waktunya</li> <li>3. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien</li> <li>4. Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan teknik tidur pasien</li> <li>5. Menganjurkan untuk membatasi pengunjung</li> </ol>	20.00	<p>DX IV</p> <p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan susah untuk tidur.</li> <li>○ Klien mengatakan sering terbangun tengah malam.</li> <li>○ Klien mengatakan jadwal tidurnya tidak menentu</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ TD : 140/90mmHg</li> <li>○ Klien terbangun dimalam hari</li> <li>○ Klien tampak gelisah</li> <li>○ Klien sering terbangun dimalam hari</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor jumlah dan kualitas tidur pasien</li> <li>2. Menganjurkan pasien tidur pada waktunya</li> <li>3. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien</li> <li>4. Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan teknik tidur pasien</li> <li>5. Menganjurkan untuk membatasi pengunjung</li> </ol>

Minggu, 14-10-2019	DX. I	08.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi = skala 5</li> <li>2. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien = klien paham tentang menangani nyeri</li> <li>3. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) = gangguan rasa nyeri berkurang</li> </ol>	12.00	<p>DX. I</p> <p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan nyeri dirasakan saat melakukan gerakan miring kiri dan kanan</li> </ul> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Skala nyeri 5</li> <li>○ Nyeri dirasakan di pagi hari</li> <li>○ N : 87 x/i</li> <li>○ RR : 20 x/i</li> <li>○ S : 36,6 C</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi = skala 5</li> <li>2. Menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien = klien paham tentang menangani nyeri</li> <li>3. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi (tarik nafas dalam) = gangguan rasa nyeri berkurang</li> </ol>
	DX. II	12.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji adanya alergi makanan = Klien mampu makan sesuai dengan diet pasien</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien = kalori</li> </ol>	12.00	<p>DX. II</p> <p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan hanya makan ½ porsi yang disediakan</li> </ul> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mual</li> <li>○ Tekanan darah 120/80 mmHg.</li> </ul>

	DX III	16.00	<p>yang cukup akan membantu proses asupan kebutuhan nutrisi pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi = diet sangat membantu asupan nutrisi pasien</li> <li>4. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor intake dan output = urine dalam batas normal</li> <li>2. Monitor penggunaan obat antikolinergik = memperlancar produksi urine</li> <li>3. Monitor derajat distensi bladder = hasil mengurangi rasa nyeri</li> <li>4. Instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat output urine</li> <li>5. Sediakan privacy untuk eliminasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>○ N : 87 x/i</li> <li>○ RR : 20 x/i</li> <li>○ S : 36,6 C</li> </ol> <p>A : Masalah belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji adanya alergi makanan = Klien mampu makan sesuai dengan diet pasien</li> <li>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien = kalori yang cukup akan membantu proses asupan kebutuhan nutrisi pasien</li> <li>3. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi = diet sangat membantu asupan nutrisi pasien</li> <li>4. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian</li> </ol> <p>DX III <b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan sulit saat buang air kecil</li> <li>○ Klien juga mengatakan tidak nyaman dengan kondisi terpasang kateter urine</li> </ul> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kateter (+)</li> <li>○ Urine ± 2500 cc</li> <li>○ Nyeri saat buang air kecil</li> <li>○ TD = 120/80 mmHg</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi. P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor intake dan output = urine dalam batas normal</li> <li>2. Monitor penggunaan obat antikolinergik =</li> </ol>
--	--------	-------	--	--

					<p>memperlancar produksi urine</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Monitor derajat distensi bladder = hasil mengurangi rasa nyeri</li> <li>4. Instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat output urine</li> <li>5. Sediakan privacy untuk eliminasi</li> </ol>
	DX IV	20.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor jumlah dan kualitas tidur pasien</li> <li>2. Menganjurkan pasien tidur pada waktunya</li> <li>3. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien</li> <li>4. Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan teknik tidur pasien</li> <li>5. Menganjurkan untuk membatasi pengunjung</li> </ol>	20.00	<p>DX IV</p> <p><b>Data subjektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan susah untuk tidur.</li> <li>○ Klien mengatakan sering terbangun tengah malam.</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ TD : 120/80mmHg</li> <li>○ Klien terbangun dimalam hari</li> <li>○ Klien sering terbangun dimalam hari</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : intervensi dilanjutkan 1, 2, 3, 4, 5</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor jumlah dan kualitas tidur pasien</li> <li>2. Menganjurkan pasien tidur pada waktunya</li> <li>3. Mengidentifikasi penyebab kekurangan tidur pasien</li> <li>4. Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga pasien untuk meningkatkan teknik tidur pasien</li> <li>5. Menganjurkan untuk membatasi pengunjung</li> </ol>