

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. R DENGAN  
PRE OPERASI BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA (BPH)  
DI RUANG BAITUSSALAM 1 RUMAH SAKIT  
ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk  
Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

**Nanda Fitria Devantika Sari**

NIM. 40902000099

**PROGAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2023**

**HALAMAN JUDUL**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. R DENGAN**  
**PRE OPERASI BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA (BPH)**  
**DI RUANG BAITUSSALAM 1 RUMAH SAKIT**  
**ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

**Nanda Firia Devantika Sari**

NIM. 40902000099

**PROGAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG**  
**SEMARANG**

2023

## **SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 23 Mei 2023

(Nanda Fitria Devantika Sari)

NIM. 40902000099



**HALAMAN PERSETUJUAN**

**Karya Tulis Ilmiah berjudul :**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. R DENGAN  
PRE OPERASI BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA (BPH)  
DI RUANG BAITUSSALAM 1 RUMAH SAKIT  
ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

**Dipersiapkan dan disusun oleh :**

**Nama : Nanda Fitria Devantika Sari**

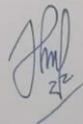
**NIM : 40902000099**

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah  
Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Selasa

Tanggal : 23 Mei 2023

Pembimbing



**(Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M. Kep)**

NIDN . 06-1509-8802

## HALAMAN PENGESAHAN

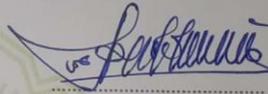
Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari tanggal 05 Juli 2023 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 05 Juli 2023

Penguji I

Ns. M. Arifin Noor, M.Kep. Sp.Kep.MB

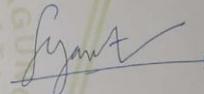
NIDN. 06-2708-8403



Penguji II

Ns. Suyanto, M.Kep. Sp.Kep.MB

NIDN. 06-2006-8504



Penguji III

Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep

NIDN. 06-1509-8802



Mengetahui  
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep.

NIDN. 0622087403

## HALAMAN PERSEMBAHAN

### *Bismillahirrahmanirrahim*

Sembah sujud serta syukur kepada Allah SWT. Taburan cinta dan kasih sayangnya telah memberikan kekuatan, membekali dengan ilmu, serta memperkenalkan dengan cinta. Atas karunia serta kemudahan yang Engkau berikan akhirnya Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan.

Kupersembahkan karya sederhana ini kepada orang yang sangat kukasihi dan kusayangi

### **Ibu dan Bapak Tercinta**

Sebagai tanda bakti, hormat dan rasa terima kasih yang tiada henti saya persembahkan karya tulis ilmiah ini kepada Ibu (Sri Sulistyowati) dan Bapak (Jasmadi) yang telah memberikan kasih sayang, dukungan, ridho, dan belas kasihnya, yang tidak mungkin dapat saya balas hanya dengan selembar kertas yang bertuliskan kata persembahan. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat Ibu dan Bapak bahagia, karena saya sadar selama ini masih belum bisa berbuat lebih untuk kalian. Untuk Ibu dan Bapak yang selalu membuat saya termotivasi, selalu mendoakan, selalu menasehati serta selalu meridhoi untuk melakukan hal yang lebih baik lagi.

Terima kasih Ibu.....Terimakasih Bapak.....

Saya sangat sayang kepada kalian.

### **Adik dan keluarga terdekatku**

Sebagai tanda terima kasih, saya persembahkan karya kecil ini untuk adikku (Muhammad Imam Muflih Andreansyah) dan keluarga terdekatku terutama nenek dan kakek. Terima kasih telah memberikan semangat dan inspirasi dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini. Semoga doa dan semua hal yang terbaik yang kalian berikan menjadikan saya orang yang lebih baik kedepannya.

Terima kasih...

## MOTTO

“ Rasuluallah bersabda : Barangsiapa menempuh jalan untuk mendapatkan ilmu,  
Allah akan memudahkan baginnya jalan menuju surga “

(HR. Muslim)

“ Ketahuilah bahwa kemenangan bersama kesabaran, kelapangan bersama  
kesempitan, dan kesulitan bersama kemudahan ”

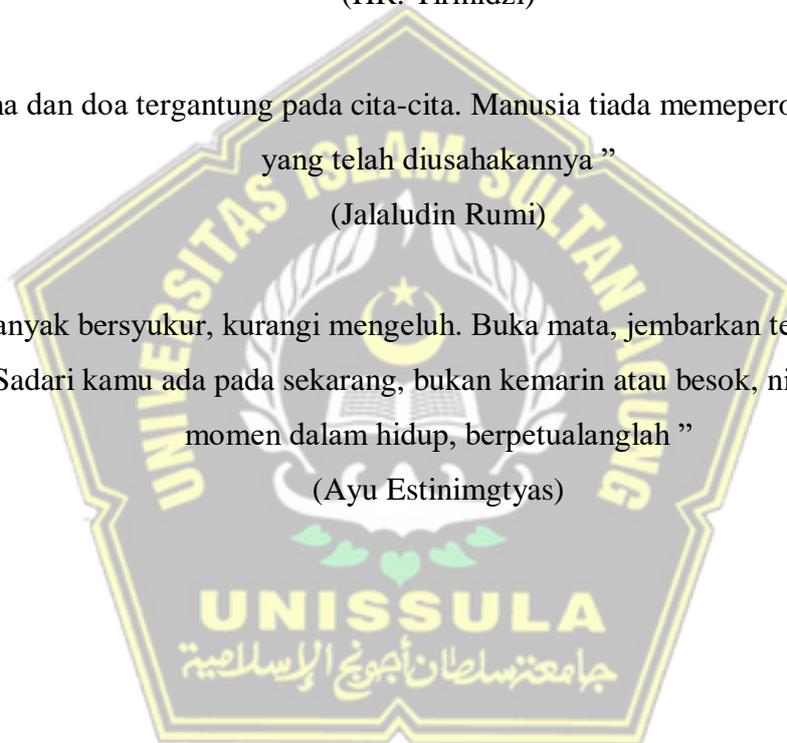
(HR. Tirmidzi)

“ Usaha dan doa tergantung pada cita-cita. Manusia tiada memeperoleh selain apa  
yang telah diusahakannya ”

(Jalaludin Rumi)

“ Perbanyak bersyukur, kurangi mengeluh. Buka mata, jembarkan telinga, perluas  
hati. Sadari kamu ada pada sekarang, bukan kemarin atau besok, nikmari setiap  
momen dalam hidup, berpetualanglah ”

(Ayu Estiningtyas)



## KATA PENGANTAR

*Assalamu'alaikum Wr. Wb*

Alhamdulillah robbil'alamin. Segala puji dan syukur senantiasa penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat, hidayah, dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Tn. R Dengan Pre Operasi *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) Di Ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang". Dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menyadari tidak akan terwujud tanpa adanya bimbingan, pengarahan serta dukungan dari berbagai pihak. Karena itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya atas bantuan yang diberikan :

1. Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian, SKM, M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns. Muh. Abdurouf, M.Kep. selaku Ketua Progam Studi D-III Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep, selaku Dosen Pembimbing yang telah membimbing, mengarahkan dan memberikan motivasi, serta saran-saran dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini .
5. Ns. M. Arifin Noor, M.Kep, Sp.Kep.MB selaku Pengiji I dalam ujian Karya Tulis Ilmiah
6. Ns. Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB selaku Penguji II dalam ujian Karya Tulis Ilmiah
7. Seluruh dosen dan staf Progam Studi D-III Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
8. Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, CI, dan segenap perawat RSI Sultan Agung Semarang, terima kasih atas ilmu dan kesempatan yang telah diberikan sehingga saya dapat mengaplikasikan ilmu yang telah saya peroleh dari kampus.

9. Kedua orang tua saya dan keluarga saya terimakasih yang sebesar-besarnya atas doa dan dukungannya selama ini.
10. Teman-teman seperjuangan D3 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula 2020 terimakasih atas indahnya pertemanan dan kebersamaan selama 3 tahun ini.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam memberikan dukungan moril yang tidak dapat saya sebutkan satu-persatu.

Atas bantuan dan dukungan yang telah diberikan, saya mengucapkan banyak-banyak terimakasih, semoga mendapatkan ridho dan balasan dari Allah SWT dan semoga karya sederhana ini dapat bermanfaat.

*Wassalamu'alaikum Wr. Wb.*



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME .....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN .....	v
MOTTO.....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulis.....	2
C. Manfaat Penulis.....	3
BAB II KONSEP DASAR.....	4
A. Konsep Dasar Penyakit.....	4
1. Pengertian.....	4
2. Etiologi.....	4
3. Patofisiologi.....	5
4. Manifestasi Klinis .....	6
5. Pemeriksaan Diagnostik .....	6
6. Komplikasi .....	7
7. Penatalaksanaan .....	8

B. Konsep Dasar Keperawatan.....	10
1. Pengkajian Keperawatan.....	10
2. Diagnosa Keperawatan.....	14
3. Intervensi Keperawatan.....	14
C. Pathways .....	19
<b>BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN .....</b>	<b>20</b>
A. Pengkajian.....	20
1. Riwayat Kesehatan.....	20
2. Pola Kesehatan Fungsional .....	22
3. Pemeriksaan Fisik ( <i>Head To Toe</i> ) .....	25
4. Data Penunjang.....	27
B. Analisa Data .....	29
C. Diagnosa Keperawatan .....	30
D. Intervensi Keperawatan .....	30
E. Implementasi.....	31
F. Evaluasi.....	36
<b>BAB IV PEMBAHASAN .....</b>	<b>40</b>
A. Pengkajian.....	40
B. Diagnosa Keperawatan.....	40
C. Implementasi.....	42
D. Evaluasi.....	43
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>46</b>
A. Kesimpulan .....	46
B. Saran .....	47
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>48</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>51</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Pathways..... 19

Gambar 2 1

Genogram.....**Error!**

**Bookmark not defined.**



## DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Pemeriksaan Laboratorium.....	27
--	----



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Kesediaan Membimbing

Lampiran 2 Keterangan Konsultasi

Lampiran 3 Lembar Konsultasi

Lampiran 4 Laporan Asuhan Keperawatan



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

*Benign prostatic hyperplasia* (BPH) merupakan kelainan yang terjadi pada kelenjar prostat berupa kelainan histologis mengacu pada proliferasi sel prostat. Hasil proliferasi tersebut mengakibatkan sel menumpuk dan menyebabkan pembesaran pada volume prostat. (Nirfandi et al., 2023). Hiperplasia prostat jinak (BPH) dapat tumbuh semakin besar seiring bertambahnya usia dan paling sering menyerang laki-laki pada kelompok usia tua (Ramadhan et al., 2022).

Data *World Health Organization* (WHO) (2019), menyatakan terdapat kurang lebih dari 70 juta kasus degeneratif, salah satunya yaitu hiperplasia prostat jinak dengan kejadian 5,35% di negara berkembang (Ginancar et al., 2022). Di Indonesia sendiri prevalensi BPH pada tahun 2018 sebesar 45% penderita berusia di atas 50 tahun, sedangkan pada tahun 2019 sebesar 56% pada pria berusia 56 tahun (Arsi et al., 2022). Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSI Sultan Agung Semarang didapatkan data dari bulan Januari sampai Mei yaitu terdapat 691 penderita BPH yang dirawat inap dan belum sembuh total dipulangkan, sementara penderita BPH yang meninggal sebanyak 26 orang. Rata-rata penderita yang mengalami penyakit BPH berusia 60 tahun keatas (Sa'adah, 2017).

Penyebab BPH hingga sekarang belum diketahui secara pasti, tetapi faktor usia dan hormon merupakan faktor pendukung terjadinya BPH. Terdapat faktor lain yang menyebabkan terjadinya BPH yaitu dihidrotestosteron (DHT), perubahan keseimbangan hormon estrogen dan testosteon, interaksi antara stroma dan epitel, penurunan kematian sel, dan teori sel stem (Purwanto, 2016). Manifestasi klinik penderita hiperplasia protat jinak (BPH) adalah seperti urgensi, nokturia, frekuensi, disuria, kesulitan mengosongkan kandung kemih, kesulitan memulai berkemih, dan aliran yang lemah atau teputus selama berkemih (Lokeshwar et al., 2019). Masalah keperawatan yang dapat muncul pada pasien BPH antara lain yaitu retensi urine, gangguan eliminasi urin, nyeri akut, ansietas, dan defisit pengetahuan (Purwanto, 2016). Pada penderita BPH jika tidak

dilakukan penanganan dengan segera dapat menyebabkan komplikasi yang serius seperti retensi urine akut (AUR), infeksi saluran kemih berulang, batu kandung kemih, dan gagal ginjal pasca-obstruktif (Franco et al., 2023).

Penanganan medis pada penderita BPH salah satunya dengan melakukan tindakan pembedahan invasif minimal yang biasa disebut *Transurethral Resection of the Prostate* (TURP). TURP adalah teknik yang banyak digunakan untuk perbaikan gejala dengan tingkat keberhasilan antara 75% sampai 96% (Franco et al., 2023). Pembedahan tersebut bertujuan untuk menurunkan tekanan pada kandung kemih dengan membuang jaringan prostat yang berlebih, dan merupakan pilihan pembedahan yang paling efektif karena meredakan gejala lebih cepat dari pada menggunakan obat-obatan (Wulandari et al., 2022).

Peran perawat pada pasien BPH yaitu dengan memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dan holistik kepada pasien, terutama pada pasien BPH yang sebagian besarnya adalah orang-orang lanjut usia. Perawat sebagai educator dalam memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien, penanganan nyeri serta pencegahan komplikasi. Perawat juga berperan penting dalam management perawatan kateter dan pelepasan kateter. Kasus yang didapatkan pada pasien Tn. R dengan keluhan tidak bisa BAK selama 3 hari, mengalami nyeri pada saat berkemih, nyeri dibagian perut bagian bawah dengan skala 5. Berdasarkan urian latar belakang diatas penulis tertarik untuk mengangkat judul Karya Tulis Ilmiah “Asuhan Keperawatan pada Tn. R dengan Pre Operasi *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) di Ruang Baitussalam Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”

## **B. Tujuan Penulis**

### **1. Tujuan Umum**

- a. Mengetahui konsep dasar BPH dan asuhan keperawatan pada pasien “Pre Operasi *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH)”.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui pengkajian pada pasien Pre Operasi *Benign Prostatic Hypeplasia* (BPH).

- b. Mengetahui analisa data pada pasien Pre Operasi *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH)
- c. Mengetahui diagnosa keperawatan pada pasien Pre Operasi *Benign Prostatic Hyperplasi* (BPH).
- d. Mengetahui intervensi keperawatan pada pasien Pre Operasi *Benign Prostatic hyperplasia* (BPH).
- e. Mengetahui implementasi keperawatan pada pasien Pre Operasi *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH).
- f. Mengetahui evaluasi keperawatan pada pasien Pre Operasi *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH).

### C. Manfaat Penulis

#### 1. Bagi Institusi Pendidikan

Bagi institusi diharapkan dapat bermanfaat sebagai literatur untuk institusi pendidikan keperawatan tentang asuhan keperawatan pada pasien Pre Operasi *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH).

#### 2. Bagi Profesi Keperawatan

Bagi Profesi keperawatan diharapkan dapat bermanfaat sebagai media informasi dan memperluas pengetahuan perawat tentang penyakit *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) sehingga perawat lebih produktif dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

#### 3. Bagi Lahan Praktik

Bagi lahan praktik diharapkan dapat bermanfaat dalam mempertahankan dan meningkatkan kualitas dan mutu pelayanan pada pasien Pre Operasi *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH).

#### 4. Bagi Masyarakat

Bagi masyarakat diharapkan dapat menjadi sumber referensi dan informasi kepada masyarakat untuk mengetahui gambaran umum tentang *benign prostatic hyperplasia* (BPH).

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Konsep Dasar Penyakit**

##### **1. Pengertian**

*Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) merupakan kondisi yang seringkali menyerang pria berusia diatas 50 tahun. BPH adalah pembesaran jinak kelenjar prostat disebabkan oleh beberapa atau seluruh komponen prostat yang mengalami hiperplasi, mencakup jaringan kelenjar atau jaringan fibromuskuler sehingga menyebabkan penyumbatan pada uretra pars prostatika (Purwanto, 2016).

*Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) adalah gambaran histologis proliferasi sel stroma dan epitel prostat yang mengakibatkan penambahan pada kelenjar prostat. Pembesaran tersebut menekan uretra pars prostat dan menghambat aliran urine dari kandung kemih (Harun, 2019).

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

##### **2. Etiologi**

Menurut Purwanto (2016) hingga sekarang belum diketahui secara pasti penyebab terjadinya BPH, tetapi faktor usia dan hormon merupakan faktor pendukung terjadinya BPH. Terdapat faktor lain yang mungkin menjadi penyebab terjadinya BPH adalah :

a. Dehidrotestosteron (DHT)

Meningkatnya 5 alfa dan reseptor androgen yang dapat mengakibatkan sel stroma dan sel epitel pada kelenjar prostat mengalami hiperplasi.

b. Perubahan keseimbangan hormon esterogen-testosteron

Pada proses penuaan terjadi perubahan keseimbangan hormon yaitu peningkatan hormon estrogen serta penurunan testosteron, hal tersebut dapat menyebabkan hiperplasi stroma pada prostat.

c. Interaksi antara stroma dan epitel

Meningkatnya kadar epidermal atau fibroblast growth factor serta penurunan transforming growth factor beta mengakibatkan hiperplasi stroma dan epitel pada prostat.

d. Penurunan kematian sel

Meningkatnya estrogen dapat mengakibatkan peningkatan lama hidupnya stroma dan epitel pada prostat.

e. Teori sel stem

Terjadinya proliferasi sel transit disebabkan oleh peningkatan sel stem sehingga memicu terjadinya BPH.

### 3. Patofisiologi

BPH terbentuk pada zona transisi prostat tempat sel stroma dan sel epitel berinteraksi. Hormon seks dan respon sitokin mempengaruhi pertumbuhan sel tersebut. Pada prostat enzim 5 alpha reductase mengubah testosteron menjadi dihidrotestosteron (DHT). DHT adalah androgen yang diyakini sebagai media utama dalam perkembangan BPH. Kadar DHT pada prostat cukup tinggi pada pasien BPH. Sitokin mempengaruhi pembesaran prostat dengan memulai respon inflamasi dengan menginduksi sel epitel, ketika uretra menyempit karena hiperplasi prostat menyebabkan muncul gejala obstruktif seperti hiperaktivitas kandung kemih, peradangan, dan aliran urin yang lemah. Perubahan mikroskopis pada prostat terjadi pada pria berusia 30 sampai 40 tahun, apabila perubahan mikroskopis berkembang, terjadi perubahan anatomi patologis pada usia 50 tahun. Perubahan hormon mengakibatkan hiperplasi jaringan penyangga stroma dan elemen kelenjar prostat (Skinder et al., 2016).

#### 4. Manifestasi Klinis

Gejala hiperplasia prostat jinak seringkali berupa *Lower Urinary Tract Symptoms* (LUTS) , terdapat 2 kategori utama yaitu gejala obstruksi dan gejala iritasi.

##### a. Gejala Obstruksi meliputi :

1. Hesitancy yaitu memulai buang air kecil dalam waktu lama dan disertai dengan mengejan karena otot destrusor kandung kemih membutuhkan waktu untuk meningkatkan tekanan intravesikal guna mengurangi tekanan yang diberikan oleh uretra prostatika.
2. Intermittency yaitu terputus-putusnya aliran urine karena otot destrusor tidak dapat menahan tekanan intravesikal sampai berakhirnya buang air kecil.
3. Pancaran lemah yaitu kelemahan pada kekuatan dan kapasitas destrusor membutuhkan waktu untuk mengatasi tekanan pada uretra.
4. Ketidakpuasan setelah buang air kecil berakhir.
5. Terminal dribbling yaitu menetesnya urine setelah buang air kecil berakhir.

##### b. Gejala Iritasi meliputi

1. Frekuensi berkemih lebih sering dari biasanya.
2. Urgensi urine yaitu sensasi tidak mampu menahan keinginan untuk berkemih.
3. Nokturia yaitu terbangun pada malam hari untuk buang air kecil.
4. Inkontinensia urine yaitu kondisi kehilangan kontrol kandung kemih atau sulit menahan buang air kecil sehingga mengompol.
5. Disuria yaitu rasa sakit atau nyeri yang dirasakan saat buang air kecil (Purwanto, 2016).

#### 5. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang pada pasien BPH meliputi :

##### a. Urinalisis

Pemeriksaan ini dapat memastikan adanya leukosituria dan hematuria atau tidak. Urinalisis diperlukan untuk menyingkirkan kemungkinan terjadinya infeksi saluran kemih, prostatitis, cystolithiasis dan batu ginjal sebagai penyebab gejala LUTS pada pasien.

b. Prostate Specific Antigen (PSA)

Tujuan pemeriksaan ini adalah untuk mengevaluasi jalannya BPH. Tingkat PSA yang tinggi menunjukkan kerentanan terhadap retensi urin akut, peningkatan volume prostat yang lebih cepat, dan gejala BPH yang lebih parah.

c. Uroflowmetri (Pancaran Urine)

Uroflowmetri bertujuan untuk mendeteksi saluran kemih bagian bawah sehingga dapat diperoleh informasi perihal volume berkemih, laju aliran maksimum, laju aliran rata-rata, waktu yang diperlukan untuk mencapai laju aliran maksimum dan durasi aliran.

d. Residu Urine

Residu urine adalah ukuran berapa banyak urine yang tersisa di kandung kemih setelah pasien miksi. Pada pria biasanya memiliki rata-rata sisa urine 12 ml, sisa urine dapat diukur dengan metode kateterisasi dan USG atau pemeriksaan kandung kemih.

e. Pemeriksaan Radiologi

Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengkaji bentuk dan ukuran prostat dilakukan dengan menggunakan USG transabdominal atau transrectal (Novendi, 2022).

## 6. Komplikasi

Komplikasi pada pasien BPH meliputi :

1. Retensi urine akut (AUR)

Retensi urine merupakan ketidakmampuan untuk buang air kecil. Penderita BPH yang mengalami retensi urine memerlukan bantuan kateterisasi untuk mengosongkan kandung kemih dari urine.

2. Infeksi saluran kemih berulang (ISK)

BPH dapat menyebabkan penderita kesulitan mengosongkan kandung kemih secara sempurna, sehingga kemungkinan meningkatkan resiko terjadinya infeksi saluran kemih (ISK).

3. Batu kandung kemih

Batu kandung kemih terbentuk karena penderita BPH tidak dapat mengosongkan kandung kemih dengan sempurna. Apabila ukurannya semakin membesar, batu dapat menimbulkan infeksi, mengiritasi kandung kemih, dan menghambat keluarnya urine.

4. Kerusakan ginjal

Tekanan pada kandung kemih karena retensi urine yang berkelanjutan bisa merusak ginjal dan dapat menyebarkan infeksi kandung kemih hingga ke ginjal.

**7. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan pada pasien BPH terdiri dari terapi konservatif (*watchful waiting*), medikamentosa, dan pembedahan.

1. Terapi konservatif (*watchful waiting*)

Pada terapi konservatif ini, pasien tidak akan diberikan pengobatan oleh dokter. Namun, dokter akan tetap memantau perkembangan penyakit BPH yang dialami pasien. Pemantauan ini biasanya dilakukan melalui kunjungan kontrol berkala setiap tiga sampai enam bulan untuk memantau keluhan, skor IPSS, uroflowmetri, dan volume residu urine. Terapi ini disarankan untuk pasien dengan keluhan ringan, tidak mengganggu aktivitas sehari-hari dan memiliki skor IPSS <7. Apabila keluhan BPH semakin parah, terapi lain yang lebih efektif harus dilakukan untuk menggantikan terapi ini.

Di samping itu pasien juga diberikan edukasi tentang faktor-faktor risiko dan cara-cara pencegahan perkembangan BPH. Edukasi ini mencakup saran untuk mengurangi konsumsi minum, kopi, atau minuman beralkohol.

## 2. Medikamentosa

### a. $\alpha$ 1-blocker

$\alpha$ 1-blocker bekerja dengan menghambat kontraksi lapisan otot polos dinding prostat, sehingga mengurangi tahanan pada kandung kemih dan uretra. Terdapat beberapa jenis obat seperti terazosin, doxazosin, alfuzosin, dan tamsulosin yang diminum 1 x sehari dengan dosis yang perlu dititrasi. Penurunan skor IPSS terjadi pada sekitar 30% sampai 45% pada pasien.

### b. 5 $\alpha$ -reductase inhibitor

5  $\alpha$ -reduktase bekerja dengan menginduksi apoptosis pada sel epitel prostat melalui inhibisi isoenzim 5  $\alpha$ -reduktase, sehingga dapat mengurangi volume prostat. Terdapat dua jenis obat golongan ini, yaitu finasteride dan dutasteride. Keduanya bekerja menghasilkan efek setelah 6 bulan. Finasteride direkomendasikan untuk pasien dengan ukuran prostat >40 ml, sedangkan dutasteride direkomendasikan untuk pasien dengan ukuran prostat >30 ml.

### c. Terapi kombinasi

Pada terapi kombinasi ini penggabungan manfaat dari dua golongan obat yaitu  $\alpha$ 1-blocker dan 5  $\alpha$ -reduktase inhibitor yang dapat menciptakan efek sinergis, selain itu keuntungannya yaitu dapat mempercepat efek klinis obat, karena butuh waktu berbulan-bulan untuk obat golongan 5  $\alpha$ -reduktase inhibitor menunjukkan perubahan klinis, serta lebih efektif dalam mengurangi terjadinya retensi urin dan progresi kearah kanker. Namun, kombinasi obat ini dapat meningkatkan risiko efek samping, sehingga pengobatan ini diperuntukkan bagi pasien dengan gejala sedang hingga berat dan risiko perkembangan yang tinggi. (Sutanto, 2021).

### 3. Pembedahan

#### a. *Transurethral Resection of the Prostate (TURP)*

TURP adalah pembedahan invasif minimal pasien BPH dengan volume prostat 30 sampai 80 cc. Pembedahan ini dilakukan menggunakan resektoskop yang dimasukkan lewat saluran uretra untuk mencapai kelenjar prostat. Resektoskop tersebut mampu memotong jaringan yang menonjol ke dalam saluran uretra prostatika dalam wujud fragmen-fragmen kecil. Fragmen-fragmen tersebut selanjutnya dievakuasi dari kandung buli-buli menggunakan cairan irigasi (Indah & Prasetyo, 2022).

#### b. Laser Prostatektomi

Tindakan ini digunakan untuk menghancurkan jaringan hiperplastik prostat dengan sinar berenergi. Saat pasien sedang menjalani terapi antikoagulan yang tidak dapat dihentikan karena risiko tinggi mengalami emboli, penggunaan laser dalam penanganan yang invasif sangat disarankan.

#### c. *Transurethral Incision of the Prostate (TUIP)*

Tindakan ini bertujuan untuk menimbulkan nekrosis dan koagulasi jaringan prostat. Salah satu akibat tindakan tersebut yaitu penggunaan kateter dalam jangka waktu lama, namun tidak memerlukan perawatan inap di rumah sakit (Sutanto, 2021).

## B. Konsep Dasar Keperawatan

### 1. Pengkajian Keperawatan

#### 1) Data Umum

##### 1. Identitas pasien

Nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, alamat, diagnosa medis, tanggal dan jam masuk. Pasien dengan BPH sering menyerang pria berusia di atas 50 tahun.

## 2. Status kesehatan saat ini

Keluhan utama yang dirasakan oleh pasien dan berapa lama masalah tersebut telah mengganggu. Umumnya, keluhan yang paling dirasakan pasien yaitu nyeri saat berkemih yang juga dikenal sebagai disuria, serta kesulitan memulai berkemih yang sering disertai dengan mengejan. Untuk mendapatkan evaluasi yang komprehensif mengenai rasa nyeri yang dirasakan pasien, dilakukan pengkajian (PQRST) untuk mengkaji tingkat nyeri yang dirasakan pasien.

## 3. Riwayat kesehatan lalu

Gangguan pada sistem kemih (sebelumnya pernah mengalami trauma, infeksi, hematuria, urolitiasis, atau pembedahan pada saluran kemih). Pernah mengonsumsi obat yang dapat menimbulkan keluhan berkemih atau tidak.

## 4. Riwayat penyakit dahulu

Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga. Penyakit yang sedang diderita keluarga. Adanya riwayat keluarga yang pernah mengalami BPH, hipertensi dan penyakit ginjal.

## 2) Pola Kesehatan Fungsional

### 1. Pola eliminasi

Pola BAK (frekuensi, warna, jumlah urine yang dikemihkan, catat harian waktu berkemih karena sangat berguna dengan pasien yang mengeluh nokturia sebagai keluhan yang menonjol).

### 2. Pola nutrisi-metabolik

Pada pola nutrisi dan metabolik difokuskan pada jumlah asupan cairan yang dikonsumsi serta kapan pasien mengonsumsi asupan cairan dan berapa banyak cairan yang dikonsumsi pasien.

### 3. Pola kognitif-perseptual sensori

Persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan (P, Q, R, S, T)

P = Paliatif/profokatif yaitu yang meningkatkan atau mengurangi nyeri

Q = Kualitas/Quantitas yaitu frekwensi dan lamanya keluhan dirasakan, deskripsi sifat nyeri

R = Regio/tempatya lokasi sumber dan penyebarannya

S = Skala yaitu derajat nyeri dengan menggunakan rentang nilai

T = Time yaitu kapan keluhan dirasakan dan lamanya keluhan berlangsung.

#### 4. Pola seksual-reproduksi

Adakah gangguan hubungan seksual disebabkan oleh berbagai kondisi (fertilitas, libido, ereksi, pemakaian alat kontrasepsi). Adakah permasalahan selama melakukan aktifitas seksual (ejakulasi dini, impotent, nyeri selama berhubungan, perdarahan, dll) terutama terkait dengan penyakit yang diderita.

### 3) Pemeriksaan Fisik (Head to toe)

#### 1. Kesadaran

Composmentis, somnolen, apatis, stupor, soporokoma, koma

#### 2. Penampilan lemah, pucat, dll

#### 3. Vital sign

a. Suhu tubuh

b. Tekanan darah

c. Respirasi (jumlah, irama, kekuatan)

d. Nadi (jumlah, irama, kekuatan)

#### 4. Kepala

Bentuk, rambut: warna, kebersihan, rontok, ketombe, dll

#### 5. Mata

Kemampuan penglihatan, ukuran pupil, reaksi terhadap cahaya, konjungtiva anemis/tidak, sklera ikterik/tidak, alat bantu, adanya sekret.

6. Hidung

Bagaimana kebersihannya, adakah secret, epistaksis, adakah polip, adakah nafas cuping hidung, pemakaian oksigen.

7. Telinga

Bentuk, hilang pendengaran, alat bantu dengar, serumen, infeksi, tinnitus.

8. Mulut dan Tenggorokan

Kesulitan/ gangguan bicara, pemeriksaan gigi, warna, bau, nyeri, kesulitan mengunyah/menelan, posisi trakea, benjolan di leher, pembesaran tonsil, bagaimana keadaan vena jugularis.

9. Dada

Jantung : inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi

Paru- paru : inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi

10. Abdomen : inspeksi, auskultasi, perkusi, palpasi

Pemeriksaan abdomen dilakukan dengan tehnik bimanual untuk mengetahui adanya hidronefrosis, dan pyelonefrosis. Saat palpasi terasa adanya ballotemen dan pasien akan merasa ingin miksi. Perkusi dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya residual urin (Purwanto, 2016).

11. Genetalia : kebersihan daerah genital, adanya luka, tanda infeksi, bila terpasang kateter kaji kebersihan kateter dan adanya tanda infeksi pada area pemasangan kateter, adanya hemoroid.

12. Ekstremitasatas dan bawah

a. Inspeksi kuku, kulit (warna, kebersihan, turgor, adanya edema, keutuhan, dll).

b. Capillary refill

- c. Kemampuan berfungsi (mobilitas dan keamanan) untuk semua ekstremitas yaitu kekuatan otot, koordinasi gerak dan keseimbangan, penggunaan alat bantu.
- d. Bila terpasang infus :kaji daerah tusukan infus, kaji tanda-tanda infeksi pada daerah tusukan infus, adanya nyeri tekan yang berlebihan pada daerah tusukan infus.

### 13. Kulit

- a. Kaji kebersihan, warna, kelembaban, turgor, adanya edema. Bila terdapat luka maka kaji keadaan luka (kebersihan luka, adanya jahitan, ukuran luka, adanya tanda infeksi pada luka, keadaan balutan luka).

### 14. Pemeriksaan colok dubur atau *digital rectal examination* (DRE)

Aspek yang dinilai selama pemeriksaan ini adalah bentuk, kesimetrisan, kualitas, ada tidaknya nodul. Pemeriksaan ini menentukan apakah pasien menderita BPH atau kanker prostat. Pada penderita BPH didapatkan konsistensi prostat kenyal, seperti meraba ujung hidung, lobus kanan dan kiri simetris, dan tidak nodul. (Novendi, 2022).

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien BPH berdasarkan SDKI menurut (PPNI, 2016) sebagai berikut :

Pre operasi :

- a. Retensi urine b.d penurunan kapasitas kandung kemih
- b. Gangguan eliminasi urine b.d penurunan kapasitas kemih
- c. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis
- d. Ansietas b.d krisis situasional
- e. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

## 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dilakukan sesuai diagnosis yang sudah ditentukan. Fokus intervensi berdasarkan SLKI dan SIKI menurut (PPNI, 2018) adalah:

- a. Retensi urine b.d penurunan kapasitas kandung kemih

Tujuan dan Kriteria Hasil :

- 1) Sensasi berkemih meningkat
- 2) Distensi kandung kemih menurun
- 3) Berkemih tidak tuntas menurun
- 4) Urin menetes menurun

Intervensi : Kateterisasi urine

Observasi

- 1) Periksa kondisi pasien (mis, kesadaran, tanda-tanda vital, daerah perineal, distensi kandung kemih, inkontinensia urine, refleks berkemih).

Terapeutik

- 2) Siapkan peralatan, bahan-bahan dan ruangan tindakan.
- 3) Siapkan pasien: bebaskan pakaian bawah dan posisikan dorsal supine (untuk alaki-laki).
- 4) Pasang sarung tangan.
- 5) Bersihkan daerah perineal atau preposium dengan cairan NaCl atau aquades.
- 6) Lakukan insersi kateter urine dengan menerapkan prinsip aseptik.
- 7) Sambungkan kateter urin dengan urine bag.
- 8) Isi balon dengan NaCl 0,9% sesuai anjuran pabrik.
- 9) Fiksasi selang kateter diatas simpisis atau di paha.
- 10) Pastikan kantung urine ditempatkan lebih rendah dari kandung kemih.
- 11) Berikan label waktu pemasangan.

Edukasi

- 12) Jelaskan tujuan dan prosedur pemasangan kateter urine.
- 13) Anjurkan menarik napas saat insersi selang kateter.

b. Gangguan eliminasi urine b.d penurunan kapasitas kemih

Tujuan dan Kriteria Hasil

- 1) Disuria menurun

- 2) Frekuensi BAK membaik
- 3) Karakteristik urine membaik

Intervensi : Manajemen eliminasi urine

Observasi

- 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine.
- 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine.
- 3) Monitor eliminasi urine (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna).

Terapeutik

- 4) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih.

Edukasi

- 5) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih.
- 6) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi.

c. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis

Tujuan dan Kriteria Hasil

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Fungsi berkemih membaik

Intervensi : Manajemen nyeri

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, Intensitas nyeri.
- 2) Identifikasi skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal.

Terapeutik

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

Edukasi

- 4) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.
- 5) Jelaskan strategi meredakan nyeri.

#### Kolaborasi

- 6) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

#### d. Ansietas b.d krisis situasional

##### Tujuan dan Kriteria Hasil :

- 1) Verbalisasi khawatir tentang kondisi yang dihadapi menurun
- 2) Gelisah menurun
- 3) Tekanan darah membaik
- 4) Pola berkemih membaik

##### Intervensi Keperawatan : Reduksi ansietas

##### Observasi

- 1) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal).

##### Terapeutik

- 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan.
- 3) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.

##### Edukasi

- 4) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami.
- 5) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu.
- 6) Latih teknik relaksasi.

#### e. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

##### Tujuan dan Kriteria Hasil :

- 1) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat
- 2) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat
- 3) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun

##### Intervensi Keperawatan : Edukasi Kesehatan

##### Observasi

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.

##### Terapeutik

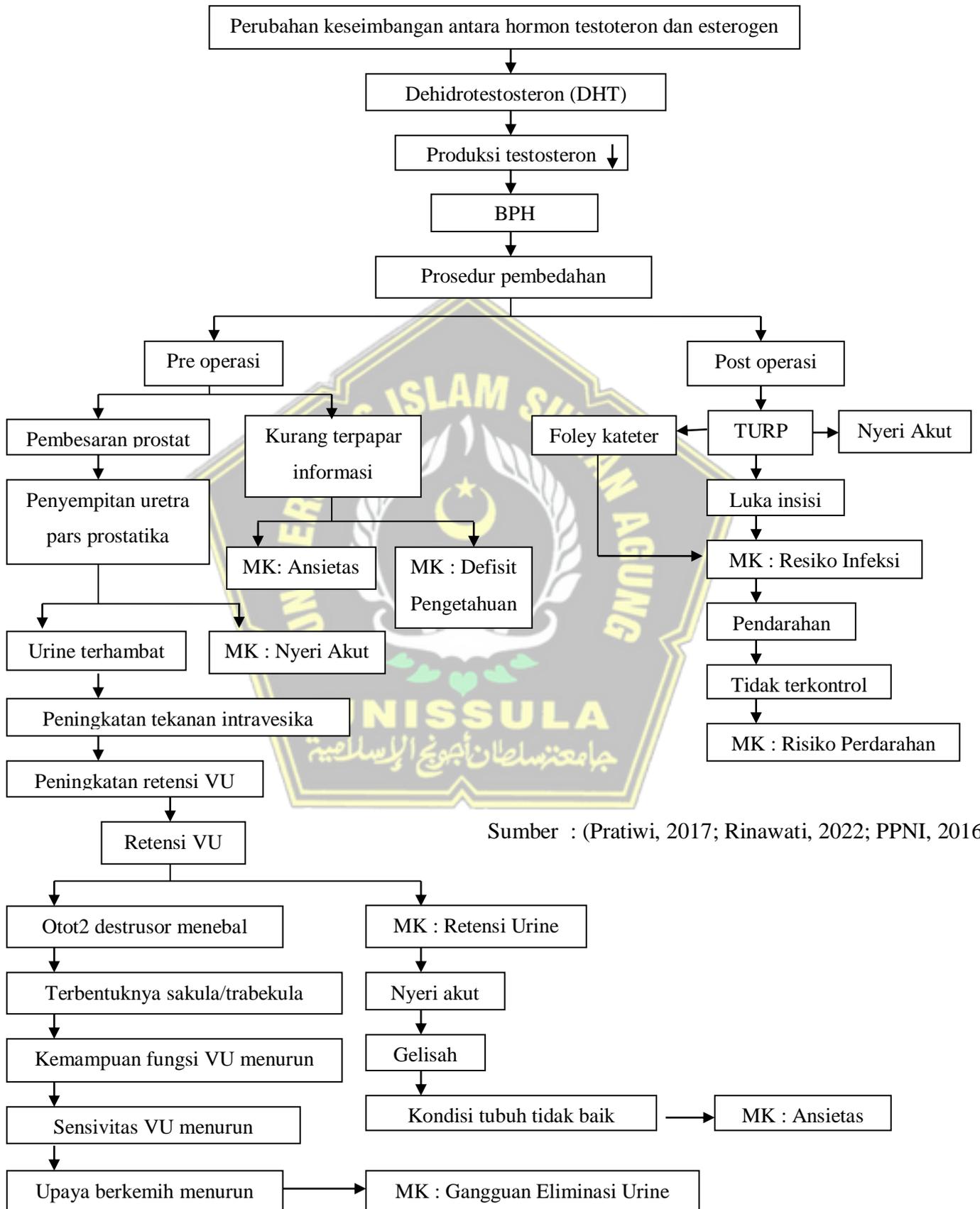
- 2) Sediakan materi dan modia pendidikan kesehatan.
- 3) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.
- 4) Berikan kesempatan untuk bertanya.

#### Edukasi

- 5) Jekaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.
- 6) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.



### C. Pathways



Sumber : (Pratiwi, 2017; Rinawati, 2022; PPNI, 2016)

Gambar 2. 1 Pathways

## BAB III

### LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

#### A. Pengkajian

Dilakukan pengkajian pada Tn.R dengan diagnosa medis BPH pada tanggal 8 Maret 2023 di ruang Biatussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung dengan keluhan utama tidak bisa BAK selama 3 hari. Pengkajian dilakukan dengan wawancara secara langsung kepada pasien dan keluarganya. Dari hasil pengkajian diperoleh data sebagai berikut : pasien Tn.R berusia 78 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama islam, suku/bangsa Indonesia, tempat tinggal (alamat) terboyo wetan rt 04/01.

##### 1. Riwayat Kesehatan

###### a. Status Kesehatan Saat ini

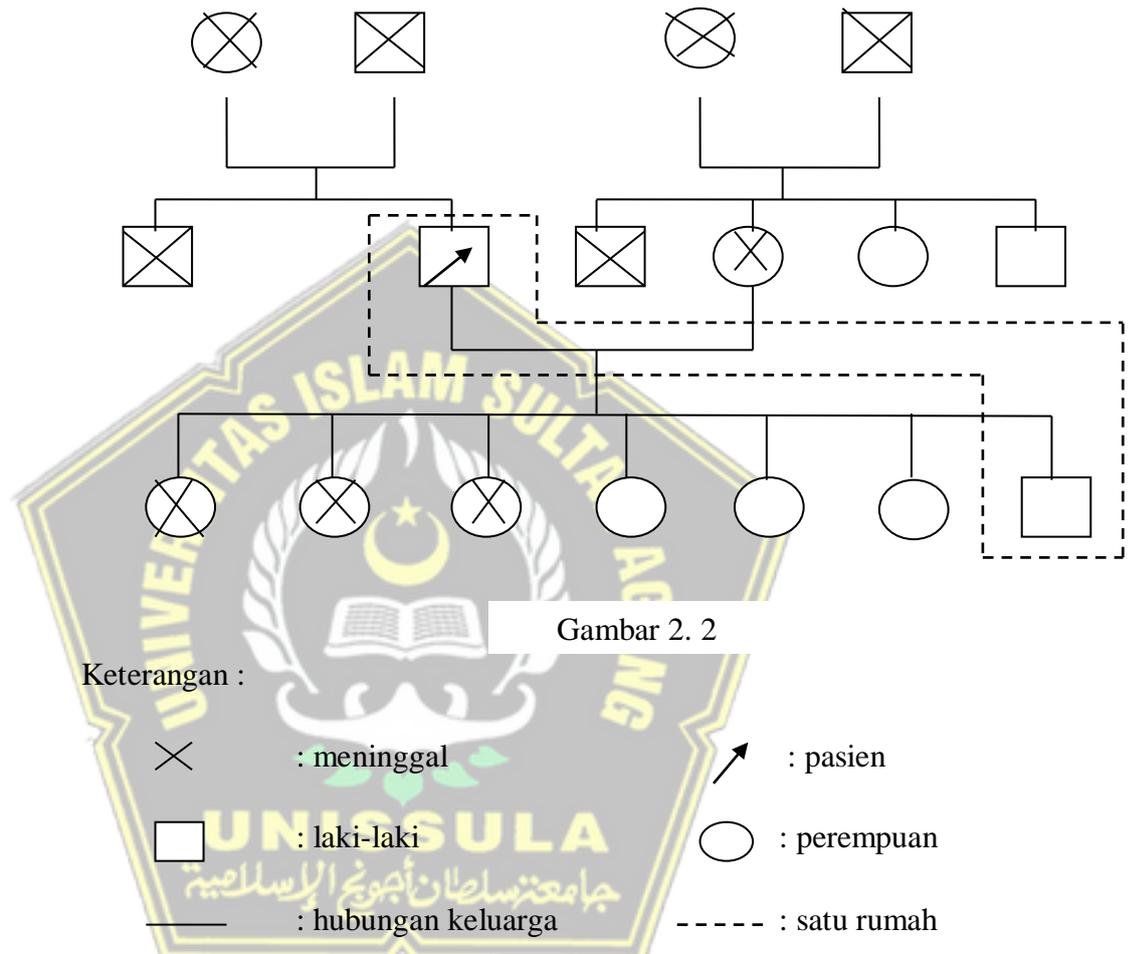
Pasien mengatakan setiap ingin BAK terasa nyeri pada perut, kemudian dari pihak keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke rumah sakit. Di IGD pasien mendapatkan penanganan pertama yaitu dengan dilakukannya pemasangan kateter. Untuk tanda-tanda vital pasien yaitu suhu: 36.5°C, respirasi: 20 x/ menit, nadi: 90 x/ menit, tekanan darah: 160/85 mmHg. Setelah mendapatkan penanganan peratama dari IGD, pasien kemudian dipindahkan keruang rawat inap diruang Baitusalam 1 untuk pemeriksaan lebih lanjut. Di ruang rawat inap gula darah sewaktu pasien 145 mg/dl dan pasien mengeluh nyeri. Dengan P: Pasien mengatakan nyeri pada saat BAK, S: 5, Q: berdenyut, R: nyeri pada perut bagian bawah, T: hilang timbul.

###### b. Riwayat Kesehatan Lalu

Dari pihak keluarga mengatakan bahwa pasien mempunyai riwayat penyakit hipertensi. Pasien juga mengatakan bahwa dirinya tidak mempunyai riwayat penyakit diabetes, kolestrol, dan asam urat. Pihak keluarga juga mengatakan bahwa pasien tidak pernah mengalami kecelakaan, tidak pernah dirawat di rumah sakit

sebelumnya dan tidak memiliki riwayat alergi terhadap obat. Ketika diberikan pertanyaan tentang imunisasi pasien mengatakan lupa.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga



Dari pihak keluarga mengatakan pasien anak kedua dari dua bersaudara, kakaknya laki-laki dan sudah meninggal, ayah dan ibunya sudah meninggal. Istri pasien sudah meninggal anak kedua dari empat bersaudara, kakak pertamanya laki-laki sudah meninggal, adiknya perempuan, dan adik terakhir laki-laki sudah meninggal. Orang tua dari istri pasien sudah meninggal. Saat ini pasien mempunyai tujuh orang anak, anak pertama sampai keenam perempuan dan anak yang ketujuh laki-laki.

Dari pihak keluarga mengatakan dahulu istri klien mempunyai riwayat penyakit jantung dan pernah dirawat dirumah sakit yang sama namun, untuk saat ini istrinya sudah meninggal. Keluarga juga mengatakan, untuk saat ini pihak keluarganya tidak ada yang sedang menderita penyakit yang sama seperti pasien.

d. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Lingkungan rumah pasien bersih, aman, nyaman, dan selalu terjaga. Tidak ada ancaman terjadinya bahaya disekitar rumah pasien.

**2. Pola Kesehatan Fungsional**

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Pasien mengatakan sebelum sakit dirinya dapat beraktivitas meskipun terkadang dibantu oleh anak laki-lakinya. Pasien juga mengatakan jika sakit datang ke pelayanan kesehatan terdekat untuk berobat. Kebiasaan yang dilakukan pasien setiap pagi hari adalah selalu minum teh. Tetapi untuk alkohol pasien mengatakan tidak pernah mengonsumsinya. Pasien menggunakan asuransi BPJS kesehatan untuk administrasinya.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak memiliki alergi makanan dan makanan pantangan. Sebelum sakit pola makannya 3 kali sehari 1 porsi habis, pasien makan dengan menggunakan nasi, sayur dan lauk pauk. Setelah sakit pasien mengatakan nafsu makannya menurun, makan hanya 3-4 sendok saja setiap kali makan. Untuk minumannya pasien mengatakan sebelum sakit minumannya 3-4 gelas sedang atau 600 ml per hari dan saat sakit minumannya hanya 2 gelas sedang atau 400 ml per hari. Pasien juga mengatakan tidak mengalami nyeri telan pada saat makan, kemampuan mengunyah pasien masih baik, dan tidak mengalami penurunan berat badan. Pada tangan sebelah kanan pasien tampak terpasang infus RI 20 tpm 500cc per hari. Pasien tidak mengalami keluhan demam.

c. Pola Eliminasi

1) Pola BAB

Pasien mengatakan sebelum sakit pola BAB nya sehari 1 kali dengan konsistensi lunak, warna kuning, dan tidak menggunakan pencahar atau enema untuk pelancar BAB. Saat sakit pasien mengatakan belum bisa BAB.

2) Pola BAK

Pasien mengatakan sebelum sakit pola BAK nya lancar dengan volume urine banyak dan warna urine kuning, pasien ke kamar mandi untuk BAK nya sampai 6 kali dalam sehari. Saat sakit pasien mengatakan tidak bisa berkemih selama 3 hari. Untuk kondisi saat ini pasien sudah terpasang DC, dengan warna urine kuning pekat dan volume urine 800cc per hari.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien mengatakan sebelum sakit kegiatan sehari-hari yang dilakukannya adalah menemani cucunya bermain. Pasien tinggal bersama dengan anak laki-lakinya yang terakhir dan dalam satu rumah terdapat 5 anggota keluarga. Untuk akses kamar mandi terkadang dirinya dituntun oleh anaknya. Kemudian, untuk makan dan minum pasien mengatakan bisa sendiri atau lebih dibilang mandiri. Pasien juga mengatakan bahwa dirinya jarang melakukan olahraga dan setelah melakukan aktivitas mudah merasa lelah dan sesak.

Pasien mengatakan saat sakit dirinya hanya bisa berbaring dan duduk ditempat tidur. Untuk akses kamar mandi pasien terkendala karena merasakan nyeri pada perut bagian bawah, kemudian untuk makan dan minum pasien mengatakan dibantu oleh anak-anaknya. Pasien tidak tampak terpasang tambahan oksigen pada hidung.

e. Pola Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan sebelum dirinya sakit pola istirahat dan tidurnya teratur yaitu 6-7 jam/hari. Untuk disiang harinya tidur

sekitar 2 jam. Pasien juga mengatakan dirinya tidak mengalami kesulitan tidur dan tidak mudah terbangun pada saat tidur

Pasien mengatakan saat sakit pola istirahatnya tidak teratur, tidur hanya 5-6 jam per hari dan mengalami kesulitan tidur akibat nyeri yang dirasakan pada perutnya.

f. Pola Kognitif – Persepsual Sensori

Pasien mengalami penurunan penglihatan dan pendengaran karena memasuki fase penuaan. Pasien mampu berbicara meskipun terkadang apa yang diucapkan kurang jelas dan pasien dapat memahami pesan yang disampaikan. Pasien mengatakan pada saat BAK mengalami nyeri pada perut bagian bawah. P: nyeri pada saat BAK, Q: berdenyut, R: diperut bagian bawah, S: 5, T: hilang timbul.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pasien mengatakan sebelum sakit tidak pernah memikirkan hal-hal yang tidak penting, dan dirinya dapat mengontrol emosinya dengan baik. Saat sakit pasien berharap agar cepat diberi kesembuhan dari penyakitnya dan bisa berkumpul lagi dengan anak, cucunya. Pasien juga mengatakan tidak merasa malu dengan kondisi tubuhnya yang sekarang dan puas terhadap status dan posisinya saat ini yaitu sebagai orang tua dan sebagai kakek. Pasien mengatakan selalu dihargai dan dihormati sebagai orang yang paling di tuakan di keluarganya, tetapi pasien juga khawatir dengan kondisinya yang sekarang ini.

h. Pola Mekanisme Koping

Pasien mengatakan sebelum sakit ketika terjadi suatu masalah dirinya selalu terbuka dan membicarakannya terlebih dahulu dengan anggota keluarganya. Begitu juga pada saat pasien dirawat pasien mengatakan selalu terbuka dengan anggota keluarganya tentang apa yang dikeluhkan dan dirasakan oleh dirinya. Pasien mengatakan selalu berbicara terlebih dahulu kepada keluarganya setiap ingin mengambil keputusan.

i. Pola Seksual dan Produksi

Pasien mengatakan bahwa dirinya memahami tentang fungsi seksual dan tidak mempunyai masalah terkait dengan keganasan sistem reproduksi. Pasien memiliki 7 orang anak dengan 6 anak diantaranya adalah perempuan dan 1 anak terakhir adalah laki-laki.

j. Pola Berhubungan dengan orang lain

Pasien mengatakan sebelum sakit dirinya mampu berkomunikasi dengan baik kepada orang sekitar dan orang terdekatnya, seperti anak dan anggota keluarganya. Pasien juga mengatakan jika tiba-tiba terjadi suatu masalah dirinya selalu meminta solusi kepada keluarganya terlebih dahulu.

Saat sakit pasien masih mampu berbicara dengan baik meskipun terkadang apa yang diucapkan tidak begitu jelas. Pasien mengatakan bahwa keluarganya akan selalu mendukung dan membantu pasien kapanpun. Pasien juga mengatakan bahwa anak dan cucunya selalu menyayangi dirinya.

k. Pola Nilai dan Kepercayaan

Pasien mengatakan sebelum dirinya sakit dirinya adalah seorang muslim yang selalu berdoa, beribadah sholat 5 waktu, dan selalu berdzikir kepada Allah SWT. Pasien juga mengatakan tidak ada masalah dengan keyakinan dan kebudayaan tentang pengobatan yang sedang dijalaninya. Saat sakit dirinya selalu berharap dan berdoa agar cepat diberikan kesembuhan.

**3. Pemeriksaan Fisik (*Head To Toe*)**

Hasil dari pengkajian fisik Tn. R dengan diagnosa medis BPH hari pertama didapatkan Kesadaran: composmentis dengan GCS: E4 M6 V5. Penampilan pasien terlihat lemas, gelisah, dan meringis. Tanda-tanda vital: suhu tubuh 36,5° C, tekanan darah 167/90 mmHg, repirasi 20 x/menit, nadi 90 x/menit, saturasi oksigen 98%, gula darah sewaktu 145 mg/dl. Kepala : bentuk masochepal, tidak ada benjolan pada kepala, tidak terdapat jejas dan luka, warna rambut putih karena uban,

rambut terlihat bersih, tidak terdapat ketombe, penyebaran rambut rata, dan tidak mudah rontok. Mata : kemampuan penglihatan menurun, simetris kanan dan kiri, pupil isokor, tidak terdapat sekret, konjungtiva tidak anemis, seklera tidak ekrtik, tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Hidung : simetris antara kanan dan kiri, lubang hidung terlihat bersih, tidak tampak sekret, tidak terdapat polip dan napas cuping hidung, tidak ada epitaksis (mimisan), tidak menggunakan alat bantu pernapasan. Telinga : bentuk simetris antara kanan dan kiri, lubang telinga terlihat bersih, tidak ada serumen berlebih dan luka atau tanda-tanda infeksi, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, mengalami penurunan pendengaran. Mulut dan Tenggorokan : mulut berbentuk simetris, warna bibir merah kehitaman, gigi terlihat sedikit kotor, lidah berwarna merah muda, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid pada leher, tidak mengalami kesulitan mengunyah ataupun menelan, vena jugularis terlihat normal.

Pemeriksaan dada, Jantung, Inspeksi : simetris anantara kanan dan kiri, ictus cordis tidak terlihat, Perkusi : suara pekak, Palpasi : tidak ada nyeri tekan, ictus cordis teraba, Auskultasi : terdengar bunyi lup dup. Paru-paru, Inspeksi : pergerakan dinding dada simetris dan normal, Perkusi : suara sonor, Palpasi : tidak ada nyeri tekan, dan tidak teraba adanya pembengkakan, Auskultasi : suara nafas vesikuler.

Pemeriksaan abdomen, Inspeksi : warna kulit disekitar abdomen normal, perut terlihat buncit, Perkusi : terdengar suara thympani, Palpasi : terdapat nyeri tekan pada perut bagian bawah, Auskultasi : peristaltik usus 20 x/menit. Genitalia : tampak bersih, tidak terdapat luka, tidak ada tanda-tanda infeksi, tampak terpasang kateter pada genitalia, Ekstremitas atas dan bawah, Atas : kuku terlihat sedikit panjang, warna kulit sawo matang, turgor kulit <3 detik, kulit terasa lembab, tidak terdapat edema, *capillary refill time* <3 detik, kekuatan otot tangan 5, terpasang infus pada tangan kanan dengan RL 20 tpm, tidak ada tanda-tanda infeksi pada daerah tusukan, tidak tampak adanya

pembengkakan pada daerah infus. Bawah : kuku terlihat sedikit panjang, tidak terdapat luka atau jejas pada kaki, kekuatan otot kaki 4, tidak ada pembengkakan pada kaki.

#### 4. Data Penunjang

##### a. Pemeriksaan laboratorium (08-03-2023)

**Tabel 3. 1 Pemeriksaan Laboratorium**

Pemeriksaan	Hasil	Niali rujukan	Satuan	Ket
Hemoglobin	16.3	13.2-17.3	g/dl	
Hematokrit	H 47.4	33.0-45.0	%	
Leukosit	H 14.39	3.60-10.60	ribu/ul	
Trombosit	199	150-190	ribu/ul	
Golongan darah	B/positif			
PPT				
PT	10.0	9.3-11.4	detik	
PT (kontras)	10.8	9.2-12.4	detik	
APTT				
APTT	L.21.0	21.8-28.4	detik	
APTT (kontras)	26.0	20.3-27.5	detik	
Kimia klinik				
GDS	145	<200	mg/dl	
Ureum	H 100	10-50	mg/dl	Duplo
Kreatinin	H 6.55	0.70-1.30	mg/dl	Duplo
Elektrolit				
Natrium (Na)	143.0	135-147	mmol/L	
Kalium (K)	3.50	3.5-5.0	mmol/L	
Klorida (Cl)	98.0	95-105	mmol/L	

HBSAG (kuantitatif)	0.2	Non Reaktif	< 0.05	Iu/dl
		Reaktif	> 0.05	Iu/dl

b. USG Urinary System (09-03-2023)

Hepar : Ukuran normal, struktur parenkim homogen, ekogenesitas meningkat, permukaan reguler, liver tip lancip, tak tampak nodul, V. Hepatika tak melebar

Duktus biliaris : Intra dan ekstrahepatal tak melebar

Vesika felea : Dinding tak menebal, tak tampak batu, tak tampak massa

Lien : Ukuran normal, struktur parenkim homogen, tak tampak nodul, V. Linealis tak melebar

Ginjal kanan : Bentuk dan ukuran normal, batas kortikomoduler jelas, tak tampak penipisan korteks, tak tampak batu, PCS tak melebar, ureter proksimal tak melebar

Ginjal kiri : Bentuk dan ukuran normal, batas kortikomoduler jelas, tak tampak penipisan korteks, tak tampak batu, PCS tak melebar, ureter proksimal tak melebar

Aorta : Tak tampak limfadenopati paraaorta

Prostat : Ukuran membesar (volume  $\pm$  58.07 cc), tak tampak klasifikasi

Vesika urinaria : Dinding tam menebal, permukaan rata, tak tampak batu, tak tampak massa

Tak tampak cairan bebas pada intraabdomen

Tak tampak cairan bebas supradiafragma kanan kiri

KESAN :

- Prostat membesar (volume  $\pm$  58.07 cc)
- Fatty liver grade 1

- Tak tampak batu massa pada vesica urinaria
- Tak tampak batu maupun bendungn pada ginjal kanan kiri
- Tak tampak kelainan lain pada sonografi organ-organ intraadomen diatas

c. Pemeriksaan Thorax

Cor : Aspek ke laterkaudal

Elongasi arcus aorta

Pulmo : Corakan vascular tak meningkat

Tak tampak gambaran infiltrat

Diafragma dan sinus kortofrenikus tak tampak kelainan

KESAN :

Kardiomegali (LV)

Elongasi arcus aorta

Pulmo tak tampak kelainan

d. Diit : Nasi

e. Therapy

1. Injeksi cefprozone 3x1 IV (antibiotik)
2. Amlodipine 1x5mg (hipertensi)
3. Folac 1x1 (vitamin)
4. Ketorolac 3x1 IV (antinyeri)
5. Infus RL 20 tpm

## B. Analaisa Data

Data ditemukan pada saat melakukan analisa data pada tanggal 08 maret 2023. Didapatkan data subjektif : pasien mengatakan tidak bisa BAK selama 3 hari. Data objektif : tampak terpasang kateter, hasil dari USG uniray sistem, kesan : prostat membesar (volume  $\pm$  58.07 cc), S : 36,5°C , tekanan darah : 167/90 mmHg, respirasi : 21 x/menit. Dari data tersebut penulis menegakkan diagnosa keperawatan gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penyumbatan pada prostat.

Data fokus yang kedua, data subjektif : pasien mengatakan setiap ingin BAK terasa sakit dan nyeri pada perut, P : nyeri pada saat BAK, Q : berdenyut, R : perut bagian bawah, S : 5, T : hilang timbul. Data objektif : klien tampak lemas, tampak gelisah, dan meringis, tekanan darah meningkat , nafsu makan menurun, tekanan darah : 167/90 mmHg, respirasi : 21 x/menit. Dari data tersebut penulis menegakkan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Data fokus yang ketiga, data subjektif : pasien mengatakan merasa khawatir pada kondisinya sekarang. Data objektif : tampak gelisah, mengalami kesulitan tidur, tekanan darah meningkat, tekanan darah : 167 mm/Hg. Dari data tersebut penulis menegakkan diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

### **C. Diagnosa Keperawatan**

1. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penyumbatan pada prostat (D.0149)
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)

### **D. Intervensi Keperawatan**

Tahap ini merupakan tahap keperawatan yang digunakan untuk merencanakan tindakan keperawatan yang akan dilakukan. Intervensi keperawatan untuk diagnosa gangguan eliminasi urien berhubungan dengan penyumbatan pada prostat dibuktikan dengan tampak terpasang kateter, hasil dari USG uniray sistem, kesan : prostat membesar (volume  $\pm$  58.07 cc), S : 36,5°C , tekanan darah : 167/90 mmHg, respirasi : 21 x/menit. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan eliminasi urine membaik dengan kriteria hasil : disuria menurun, frekuensi bak membaik, karakteristik urine membaik. Dengan intervensi management eliminasi urine antara lain : identifikasi tanda dan gejala retensi urine, identifikasi faktor yang menyebabkan retensi urine/ inkontenesia urine, monitor eliminasi urine (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna), catat waktu-waktu dan haluaran berkemih, ajarkan tanda-tanda dan gejala infeksi saluran berkemih,

anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi, pemberian antibiotik untuk mencegah infeksi saluran berkemih.

Intervensi keperawatan untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan klien tampak lemas, tampak gelisah, dan meringis, tekanan darah meningkat, nafsu makan menurun, tekanan darah : 167/90 mmHg, respirasi : 21 x/menit. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, fungsi berkemih membaik. Dengan intervensi management nyeri antara lain : identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi pereda nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Intervensi keperawatan untuk diagnosa ansietas berhubungan dengan krisis situasional dibuktikan dengan tampak gelisah, mengalami kesulitan tidur, tekanan darah meningkat, tekanan darah : 167 mm/Hg. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan ansietas menurun dengan kriteria hasil : verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, gelisah menurun, tekanan darah membaik, pola berkemih membaik. Dengan intervensi reduksi ansietas antara lain : monitor tanda-tanda ansietas, temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan, gunakan pendekatan yang tenang dan menenangkan, jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, anjurkan keluarga untuk bersama pasien, latih tehnik relaksasi.

## **E. Implementasi**

Setelah intervensi disusun berdasarkan masalah yang sudah ada, kemudian melakukan implementasi sebagai tindakan lanjut dari proses asuhan keperawatan pada Tn. R . Implementasi pada hari pertama tanggal 08 Maret 2023 untuk diagnosa gangguan eliminasi urine. Penulis mengimplementasikan pada pukul 08.10 mengidentifikasi tanda dan gejala retensi urine didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan tidak bisa BAK

selama 3 hari, data objektifnya tampak terpasang kateter, warna urine kuning pekat, jumlah urine 800 cc. Pukul 09.00 mengidentifikasi faktor yang menyebabkan retensi urine/ inkontensia urine didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan tidak bisa BAK selama 3 hari, data objektifnya dari hasil laboratorium leukosit 14.39, normalnya 3.60-10.60 ribu/ul, hamtokrit 47.4 %. Pukul 09.10 memonitor eliminasi urine (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna) didapatkan data objektifnya aliran urine tampak lancar, urine berwarna kuning pekat, dengan volume 800 cc, konsistensinya cair, aroma menyengat. Pada pukul yang sama yaitu 09.10 mengajarkan tanda dan gejala infeksi saluran berkemih didapatkan data objektifnya pasien dan keluarga nampak mendengarkan penjelasan perawat tentang gejala infeksi saluran kemih dengan cermat. Pada pukul 12.00 mencatat waktu-waktu dan haluan berkemih didapatkan data objektifnya jam 08.10 volume urine 900 cc, dan jam 12.00 volume urine 500 cc. Pada pukul 12.20 memberikan antibiotik untuk mencegah infeksi saluran berkemih didapatkan data objektifnya pemberian terapi obat injeksi cefoprazone 3x1 IV.

Pada diagnosa nyeri akut penulis mengimplementasikan pada pukul 09.20 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri didapatkan data subjektif pasien mengatakan setiap ingin BAK terasa sakit dan nyeri pada perut, P : nyeri pada saat BAK, Q : berdenyut, R : perut bagian bawah, S : 5, T : hilang timbul, data objektifnya pasien tampak lemas, gelisah, dan meringis, tekanan darah : 167/90 mmHg. Pada pukul yang sama yaitu 09.20 mengidentifikasi skala nyeri didapatkan diagnosa objektifnya skala nyeri 5. Pada pukul 09.25 menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri didapatkan data objektifnya pasien dan keluarga nampak mendengarkan penjelasan dengan seksama. Pada pukul 09.30 menjelaskan strategi meredakan nyeri didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan setiap ingin BAK terasa nyeri, data objektifnya pasien tampak mempraktekan tehnik tarik nafas panjang dengan benar. Pada pukul 12.20 berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu didapatkan data objektifnya pemberian terpai obat ketorolac 3x1 IV, folac 1x1, amlodipine 1x5 mg.

Pada diagnosa ansietas penulis mengimplementasikan pada pukul 09.35 dengan memonitor tanda-tanda ansietas didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan khawatir tentang kondisinya sekarang, data objektifnya tampak gelisah, tekanan darah meningkat 167/90 mmHg. Pada pukul 09.40 menggunakan pendekatan yang tenang dan menenangkan didapatkan data objektifnya pasien tampak lebih tenang ketika keluarganya berada disampingnya. Pada pukul 09.45 menganjurkan keluarga untuk selalu bersama pasien didapatkan data objektifnya keluarga tampak berada disamping pasien dan menemani pasien.

Implementasi yang dilakukan pada hari kedua tanggal 09 Maret 2023 untuk diagnosa gangguan eliminasi urine. Penulis mengimplementasikan pada pukul 08.20 mengidentifikasi kembali tanda dan gejala retensi urine didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan tidak bisa BAK selama 3 hari, data objektifnya aliran urine tampak lancar, urine berwarna kuning pekat, volume urine 500 cc. Pada pukul 09.20 mengidentifikasi kembali faktor yang menyebabkan retensi urine/ inkontensia urine didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan tidak bisa BAK selama 3 hari, data objektifnya didapatkan hasil dari USG urinary sistem, kesan : prostat membesar (volume  $\pm$  58.07 cc). Pada pukul 09.35 memonitor kembali eliminasi urine (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna) didapatkan data objektifnya aliran urine tampak lancar, warna urine kuning pekat, volume 500 cc, konsistensi cair, aroma sedikit menyengat. Pada pukul 09.40 menganjurkan minum yang cukup jika tidak ada kontraindikasi didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan semenjak sakit minum hanya 2 gelas sedang atau 400 ml, data objektifnya didapatkan pasien dianjurkan minum yang cukup yaitu 2 liter perhari atau 8 gelas. Pada pukul 12.00 mencatat waktu-waktu dan haluaran berkemih didapatkan data objektifnya jam 08.20 volume urine 500 cc, dan pada jam 12.00 volume urine 300 cc. Pada pukul 12.00 memeberikan antibiotik untuk mencegah infeksi saluran kemih didapatkan data objektifnya pemberian terapi obat injeksi cefprozone 3x1 IV.

Pada diagnosa nyeri akut penulis mengimplementasikan pada pukul 09.48 dengan mengidentifikasi kembali lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan setiap ingin BAK terasa sakit dan nyeri pada perut, P : nyeri pada saat BAK, Q : berdenyut, R : perut bagian bawah, S : 4, T : hilang timbul, data objektifnya didapatkan klien tampak lemas, meringis menurun, tekanan darah 150/90 mmHg. Pada pukul 09.50 memberikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri didapatkan data objektifnya pasien tampak melakukan dzikir dengan sangat khusyu. Pada pukul 12.00 berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu didapatkan data objektifnya pemberian terapi obat ketorolac 3x1 IV, folac 1x1, amlodipine 1x5 mg.

Pada diagnosa ansietas penulis mengimplementasikan pada pukul 11.48 dengan memonitor kembali tanda-tanda ansietas didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan masih khawatir tentang kondisinya yang sekarang, data objektifnya pasien tampak melamun, tekanan darah pasien 150/90 mmHg. Pada pukul yang sama memonitor pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan ada perawat atau keluarga yang menemani, pasien mengatakan merasa senang, data objektifnya pasien tampak tenang dan terlihat sedikit tersenyum. Pada pukul yang sama juga melatih tehnik relaksasi didapatkan data objektifnya pasien tampak melakukan relaksasi meditasi dengan berdzikir.

Implementasi yang dilakukan pada hari ketiga tanggal 10 Maret 2023 untuk diagnosa gangguan eliminasi urine. Penulis mengimplementasikan pada pukul 14.50 mengidentifikasi kembali tanda dan gejala retensi urine didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan sudah bisa BAK, terpasang kateter, data objektifnya aliran urine tampak lancar, urine berwarna kuning muda, volume urine 600 cc. Pada pukul 15.00 memonitor kembali eliminasi urine (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna) didapatkan data objektifnya aliran urine tampak lancar, warna urine kuning, volume urine 600 cc, konsistensi cair, aroma sudah tidak menyengat. Pada pukul 15.02

mengajarkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan minumnya hanya 2 gelas sedang atau 400 ml, data objektifnya pasien dianjurkan minum yang cukup yaitu 2 liter per hari atau 8 gelas. Pada pukul 18.00 mencatat waktu-waktu dan haluaran berkemih didapatkan data objektifnya jam 14.50 dengan volume urine 600 cc, jam 18.00 dengan volume urine 700 cc. Pada pukul 18.05 memberikan antibiotik untuk mencegah infeksi saluran kemih didapatkan data objektifnya pemberian terapi obat injeksi cefoprazone 3x1 IV.

Pada diagnosa nyeri akut penulis mengimplementasikan pada pukul 15.09 dengan mengidentifikasi kembali karakteristik, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan nyeri yang dirasakan setiap BAK menurun, P : nyeri pada saat BAK, Q : berdenyut, R : perut bagian bawah, S : 3, T : hilang timbul, data objektifnya pasien tampak lebih fresh, meringis menurun, tekanan darah 137/78 mmHg. Pada pukul 15.25 menjelaskan kembali penyebab, periode, dan pemicu nyeri didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan nyeri yang dirasakan pada saat BAK menurun, data objektifnya pasien dan keluarga nampak mendengarkan penjelasan perawat dengan baik terkait nyeri. Pada pukul 18.05 berkolaborasi pemberian analgetik, jika perlu didapatkan data objektifnya pemberian terapi obat ketorolac 3x1 IV, folac 1x1, amlodipine 1x5 mg.

Pada diagnosa ansietas penulis mengimplementasikan pada pukul 15.20 dengan menjelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami didapatkan data objektifnya pasien dan keluarga tampak mendengarkan dengan baik dan keluarga pasien dengan aktif bertanya. Pada pukul 15.30 memonitor kembali tanda-tanda ansietas didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan masih khawatir tentang kondisinya sekarang, data objektifnya pasien tampak miring ke sebelah kiri, tekanan darah 137/78 mmHg. Pada pukul 15.35 menganjurkan kembali keluarga untuk bersama pasien didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan pasien lebih tenang jika ada yang menemani, data objektifnya keluarga tampak berada disamping pasien,

dan menjaga pasien. Pada pukul 18.00 melatih kembali tehnik relaksasi didapatkan data objektifnya pasien tampak mempraktekan tarik nafas dalam selama 3 detik dengan baik.

#### **F. Evaluasi**

Evaluasi adalah tindakan untuk mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang sudah diberikan. Evaluasi hari pertama pada tanggal 08 Maret 2023 penulis mengevaluasi pada diagnosa gangguan eliminasi urine didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan tidak bisa BAK selama 3 hari. Data objektifnya tampak terpasang kateter, warna urine kuning pekat, volume urine 800 cc. Maka dapat disimpulkan bahwa diagnosa gangguan eliminasi urine tujuannya belum tercapai, masalah belum teratasi, dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu yang pertama identifikasi tanda-tanda dan gejala retensi urine, kedua identifikasi faktor-faktor yang menyebabkan retensi urine/ inkontensia urine, ketiga monitor eliminasi urine (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna), keempat catat waktu-waktu dan haluanan berkemih, dan kelima berikan antibiotik untuk mencegah infeksi saluran kemih.

Penulis mengevaluasi pada diagnosa nyeri akut didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan setiap ingin BAK terasa sakit dan nyeri pada perut, P : nyeri pada saat BAK, Q : berdenyut, R : perut bagian bawah, S : 5, T : hilang timbul. Data objektifnya pasien tampak lemas, gelisah, meringis, tekanan darah 167/90 mmHg. Maka dapat disimpulkan bahwa diagnosa nyeri akut tujuannya belum tercapai, masalah belum teratasi, dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu yang pertama Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, kedua berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, ketiga jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, dan keempat jelaskan strategi meredakan nyeri.

Penulis mengevaluasi pada diagnosa ansietas didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan khawatir tentang kondisinya sekarang. Data objektifnya pasien tampak gelisah, tekanan darah meningkat 167/90 mmHg.

Maka dapat disimpulkan bahwa diagnosa ansietas tujuannya belum tercapai, masalah belum teratasi, dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu yang pertama monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), kedua temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan, ketiga latih tehnik relaksasi. Dan keempat jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami.

Evaluasi hari kedua pada tanggal 09 Maret 2023 penulis mengevaluasi pada diagnosa gangguan eliminasi urine didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan tidak bisa BAK selama 3 hari. Data objektifnya aliran urine tampak lancar, urine berwarna kuning pekat, volume urine 500 cc. Maka dapat disimpulkan bahwa diagnosa gangguan eliminasi urine tujuannya belum tercapai, masalah belum teratasi, dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu yang pertama identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine, kedua monitor eliminasi urine (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna), ketiga anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi, keempat catat waktu-waktu dan haluaran berkemih, dan kelima berikan antibiotik untuk mencegah infeksi saluran kemih.

Penulis mengevaluasi pada diagnosa nyeri akut didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan setiap ingin BAK terasa sakit dan nyeri pada perut menurun, P : nyeri pada saat BAK, Q : berdenyut, R : perut bagian bawah, S : 4, T : hilang timbul. Data objektifnya pasien tampak lemas, meringis menurun, tekanan darah 150/90 mmHg. Maka dapat disimpulkan bahwa diagnosa nyeri akut tujuannya tercapai sebagian, masalah belum teratasi, dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu yang pertama identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, kedua jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, dan ketiga kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Penulis mengevaluasi pada diagnosa ansietas didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan khawatir tentang kondisinya sekarang. Data objektifnya pasien tampak melamun dan tekanan darah 150/90 mmHg. Maka

dapat disimpulkan bahwa diagnosa ansietas tujuannya tercapai sebagian, masalah belum teratasi, dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu yang pertama monitor tanda-tanda ansietas, kedua anjurkan keluarga untuk bersama pasien, jika perlu, ketiga jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, dan keempat latih teknik relaksasi.

Evaluasi hari ketiga pada tanggal 10 Maret 2023 penulis mengevaluasi pada diagnosa gangguan eliminasi urine didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan sudah bisa BAK, tampak terpasang kateter. Data objektifnya aliran urine tampak lancar, urine berwarna kuning muda, volume urine 600 cc. Maka dapat disimpulkan bahwa diagnosa gangguan eliminasi urine tujuannya tercapai sebagian, masalah teratasi sebagian, dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu yang pertama identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine, kedua monitor eliminasi urine (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna), ketiga catat waktu-waktu dan haluan berkemih, dan keempat berikan antibiotik untuk mencegah infeksi saluran kemih.

Penulis mengevaluasi pada diagnosa nyeri akut didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan nyeri yang dirasakan setiap BAK menurun, P : nyeri pada saat BAK, Q : berdenyut, R : perut bagian bawah, S : 3, T : hilang timbul. Data objektifnya pasien tampak lebih fresh, meringis menurun, tekanan darah 137/78 mmHg. Maka dapat disimpulkan bahwa diagnosa nyeri akut tujuannya tercapai sebagian, masalah teratasi sebagian, dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu yang pertama identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, kedua berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, ketiga jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, dan keempat kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Penulis mengevaluasi pada diagnosa ansietas didapatkan data subjektifnya pasien mengatakan masih khawatir tentang kondisinya sekarang. Data objektifnya pasien tampak miring sebelah kiri, tekanan darah 137/78

mmHg. Maka dapat disimpulkan bahwa diagnosa ansietas tujuannya tercapai sebagian, masalah teratasi sebagian, dan penulis merencanakan untuk melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu yang pertama monitor tanda-tanda ansietas, kedua jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, ketiga anjurkan keluarga untuk bersama pasien, dan keempat latih teknik relaksasi.



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan pada Tn. R dengan pre operasi *benign prostatic hyperplasia* (BPH) di ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang yang dilakukan pada tanggal 08 Maret 2023 sampai dengan 10 Maret 2023 adalah dengan memperhatikan tahapan proses keperawatan. Proses keperawatan yaitu metode sistematis, terstruktur, dan integratif terdiri dari lima tahapan yaitu pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi (Gustikasari et al., 2020). Pertama, penulis akan membahas tentang pengkajian dan data yang ada pada pengkajian yang belum terdokumentasi secara lengkap.

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan adalah langkah pertama dalam keseluruhan proses keperawatan yang bertujuan untuk menggabungkan data dan informasi pasien untuk mengidentifikasi masalah, keperluan kesehatan, dan perawatan pasien, secara fisik, mental, sosial, dan lingkungan (Hadinata, Dian & Abdullah, 2022). Berdasarkan pengkajian yang telah didata penulis, terdapat beberapa data yang belum dicantumkan oleh penulis. Pada diagnosa gangguan eliminasi urine, penulis seharusnya menambahkan pengkajian pada pola eliminasi yaitu tanda dan gejala mayor (subjektif), dengan menanyakan kepada pasien apakah pasien mengalami desakan berkemih (urgensi), urine menetes setelah berkemih (dribbling), nokturia, serta mencantumkan hasil observasi dan pengamatan apakah pasien mengalami bekemih tidak tuntas (hesistancy) atau tidak (PPNI, 2017), (Purwanto, 2016)

#### **B. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah pengkajian klinis dari pengalaman atau respons terhadap perseoalan kesehatan, risiko kesehatan, atau proses kehidupan dalam individu, keluarga, atau komunitas (PPNI, 2017). Prioritas masalah berdasarkan diagnosa dikelompokkan menjadi prioritas masalah tinggi, sedang, dan rendah. Dalam menentukan prioritas masalah perawat juga harus mempertimbangkan berbagai faktor ketika menetapkannya.

Pada diagnosa pertama penulis mengangkat diagnosa gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penyumbatan pada prostat, seharusnya penulis mencantumkan gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih. Akan tetapi, pada diagnosa gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih pada pasien Tn.R sudah teratasi, karena sebelumnya pasien mengatakan mengeluh tidak bisa BAK selama 3 hari, sedangkan pada saat pengkajian pasien mengatakan sudah bisa BAK meskipun dengan menggunakan kateter dan aliran urine pada selang kateter tampak lancar, dengan demikian pada diagnosa gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih kurang tepat untuk ditegakkan pada kasus ini. Penulis dapat menegaskan diagnosa Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif pemasangan kateter. Resiko infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (PPNI, 2017), karena apabila perawatan kateter tidak dilakukan dengan baik akan menyebabkan peningkatan resiko infeksi, selain itu hasil pemeriksaan laboratorium pasien pada tanggal 08 Maret 2023 didapatkan hasil leukosit pasien tinggi yaitu 14.39 ribu/ul, sehingga hal tersebut juga dapat meningkatkan resiko infeksi pada pasien.

Pada diagnosa kedua nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Akan tetapi, pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis kurang tepat untuk ditegakkan pada kasus ini, karena nyeri sudah teratasi ketika pasien sudah dilakukan pemasangan kateter. Penulis dapat menegaskan diagnosa gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit. Gangguan rasa nyaman adalah perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospirtual, lingkungan dan sosial (PPNI, 2017), karena efek dari pemasangan kateter itu sendiri yaitu pasien mengalami nyeri, sulit tidur, gelisah yang mengakibatkan kenyamanan pasien terganggu sehingga pada diagnosa kedua penulis lebih tepat menegaskan diagnosa gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit.

Diagnosa keperawatan ketiga yaitu ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Ansietas adalah keadaan emosional dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik karena antisipasi ancaman, mengharuskan orang untuk bertindak melawan ancaman tersebut (PPNI, 2017). Diagnosa ini dipilih dan ditegaskan penulis karena respon dari pasien menunjukkan batasan karakteristik yang meliputi segi verbal pasien merasa khawatir pada kondisinya sekarang, serta perilaku pasien tampak gelisah dan sulit tidur dalam segi akibat yang ditimbulkan.

### **C. Implementasi**

Implementasi keperawatan merupakan tindakan untuk memperoleh tujuan yang ditetapkan. Implementasi mencakup pengumpulan data berkepanjangan, pemantauan respon klien selama dan setelah tindakan, dan evaluasi data baru (Hadinata, Dian & Abdillah, 2022). Implementasi yang dipilih dan dilakukan penulis pada diagnosa gangguan eliminasi urine yaitu identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine, identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine, monitor eliminasi urine (misalnya, frekuensi, konsistensi, aroma, volume dan warna), catat waktu-waktu dan haluaran berkemih, ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih, anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi, kolaborasi pemberian antibiotik untuk mencegah infeksi saluran kemih. Berdasarkan semua tindakan tersebut penulis kurang tepat dalam menambahkan intervensi anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi, karena pembesaran pada prostat menyebabkan penyempitan akibat menekan uretra pars posterior dan dapat menghambat aliran urine, menyebabkan urine statis sehingga meningkatkan resiko batu saluran kemih dan infeksi saluran kemih (ISK) (Maulana, 2021).

Implementasi diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis antara lain identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, berikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik tarik napas dalam dan terapi dzikir), jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika

perlu. Berdasarkan semua tindakan tersebut seharusnya penulis dapat menambahkan intervensi terapi nonfarmakologi yaitu terapi musik untuk menurunkan rasa nyeri. Terapi musik seperti mendengarkan shalawatan dapat mempengaruhi, mendorong pelepasan endorfin, hormon dalam tubuh yang memberikan perasaan senang dan berperan dalam mengurangi rasa nyeri (Yulianti & Mualifah, 2022).

Implementasi diagnosa ansietas berhubungan dengan krisis situasional antara lain monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan, gunakan pendekatan yang tenang dan menenangkan, jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu, latih tehnik relaksasi (nafas dalam). Berdasarkan semua tindakan tersebut seharusnya penulis dapat mencantumkan intervensi identifikasi saat tingkat ansietas berubah (misalnya, kondisi, waktu dan stresor), karena pada setiap orang mempunyai mekanisme koping yang berubah-ubah, sehingga sebelum memberikan edukasi perlu diadakan intervensi observasi identifikasi tingkat kecemasan, hal tersebut bertujuan agar dapat mengenali penyebab kecemasan, dan mengenali cara afektif yang dapat dilakukan untuk mengatasi kecemasannya, sehingga tehnik yang diberikan dapat mengurangi tingkat kecemasan pada pasien ((Smeltzer dan Bare, 2017).

#### **D. Evaluasi**

Evaluasi keperawatan pada diagnosa gangguan eliminasi berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih didapatkan respon yang memenuhi kriteria hasil bahwa data objektif pasien didapatkan aliran urine tampak lancar, urine berwarna kuning muda, dan volume urine pada kateter 600 cc. Diagnosa kedua nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis didapatkan respon yang memenuhi kriteria hasil bahwa data subjektif pasien didapatkan pasien mengatakan nyeri yang dirasakan setiap BAK menurun, dan data objektifnya pasien tampak lebih rileks, meringis menurun, tekanan darah menurun 137/78 mmHg. Diagnosa ketiga ansietas berhubungan dengan krisis situasional didapatkan respon yang belum

memenuhi kriteria hasil dengan didapatkan data subjektinya pasien mengatakan masih khawatir tentang kondisinya sekarang, sehingga perlu tetap memberikan dan melanjutkan intervensi reduksi ansietas pada pasien.

Hambatan yang ditemukan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien adalah kurangnya pemahaman pasien terhadap informasi yang diterima hal ini dikarenakan salah satu faktor riwayat pendidikan, dan pasien mengalami penurunan pendengaran sehingga penulis mengalami hambatan dalam melakukan asuhan keperawatan, maka dari itu dalam pengkajian membutuhkan pendamping dari pihak keluarga pasien untuk memperoleh data-data yang diperlukan dan untuk dapat lebih membantu pasien memahami maksud dan tujuan penulis dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berikut kesimpulan yang dapat diambil dari hasil studi kasus pada Tn. R selama tiga hari dari tanggal 08 Maret 2023 sampai tanggal 10 Maret 2023 di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang dengan Pre Operasi Benign Prostatic Hyperplasia (BPH). Studi kasus meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

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

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan penulis diketahui bahwa keluhan utama klien adalah klien mengatakan tidak bisa BAK selama 3 hari selain itu klien juga mengatakan bahwa setiap BAK terasa sakit dan nyeri pada perut bagian bawah, dengan skala nyeri 5, nyeri yang dirasakan berdenyut, dan nyeri yang dirasakan klien hilang timbul, dengan menampilkan ekspresi wajah meringis, gelisah dan kondisi umum pasien lemas. Klien terpasang selang kateter untuk mengularkan urine yang terbungkus di kandung kemih. Klien mengatakan merasakan khawatir pada kondisinya sekarang dan pasien menunjukkan keadaan gelisah, mengalami kesulitan tidur dan tekanan dara pasien yang meningkat.

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

Berdasarkan hasil pengkajian, penulis menegakkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien yaitu gangguan eliminasi urine berhubungan peningkatan kapasitas kandung kemih, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dan ansietas berhubungan krisis situasional.

##### **3. Intervensi**

Rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan penulis pada pasien dengan pre operasi benign prostatic hyperplasia (BPH) disesuaikan dengan masalah yang muncul agar masalah yang dialami pasien dapat teratasi dengan baik. Intervensi tersebut telah sesuai dengan SIKI (2018)

dan SLKI (2018). Penulis mampu mengimplementasikan berdasarkan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat.

#### 4. Evaluasi

Asuhan keperawatan yang diberikan dari diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan penulis adalah dengan melanjutkan intervensi reduksi ansietas yaitu dengan tarik nafas dalam pada diagnosa ansietas karena pada kasus diagnosa ansietas belum teratasi dengan baik, pasien masih mengatakan cemas dengan tindakan operasi yang akan dijalaninya.

### B. Saran

#### 1. Bagi Penulis

Dalam melakukan praktik keperawatan diharapkan penulis memahami konsep dasar materi yang dibahas dan menyesuaikan dengan keadaan dilapangan praktik sehingga dapat meningkatkan atau membuka wawasan berfikir penulis tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan pre operasi *benign prostatic hyperplasia* (BPH).

#### 2. Bagi Institusi

Diharapkan dapat menambahkan fasilitas dalam proses pendidikan serta menambah referensi buku keperawatan khususnya tentang asuhan keperawatan pada penderita *benign prostatic hyperplasia* (BPH).

#### 3. Bagi Institusi Rumah Sakit

Diharapkan dapat menumbuhkan pengetahuan kepada pasien maupun keluarga pasien agar dapat menjaga dan mempertahankan teknik aseptik di rumah sakit khususnya pada penderita *benign prostatic hyperplasia* (BPH).

## DAFTAR PUSTAKA

- Alysa, A. R., Langitan, A., & Wahyuni, R. D. (2019). Benign prostatic hyperplasia (BPH). *Jurnal Medical Profession (MedPro)*, 1(2), 467–473. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801238-3.64812-2>
- Arsi, R., Afdhal, F., & Fatrida, D. (2022). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Benigna Prostat Hiperplasia Di Poli Klinik Rsud Bayung Lencir Tahun 2021. *Indonesian Journal of Helath and Medical*, 2(1), 33–44. <http://ijohm.rcipublisher.org/index.php/ijohm>
- Franco, J. V. A., Tesolin, P., & Jung, J. H. (2023). Update on the management of benign prostatic hyperplasia and the role of minimally invasive procedures. *Prostate International*, 11(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.pnil.2023.01.002>
- Ginanjari, M. T., Permane, S. Y., & Nur, K. Z. (2022). Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Tn. K Pasien Post Operasi TURP dengan Benigna Prostat Hyperplasia di Rumah Sakit Wijaya Kusuma Purwokerto. *Jurnal Pengabdian Mandiri*, 1(6), 913–918. <http://bajangjournal.com/index.php/JPM>
- Gustikasari, A., Fatmawati, Hardianti Arafah, E., & B, K. (2020). Pengaruh Faktor Usia Terhadap Terjadinya Penyakit Benign Prostat Hyperplasia (Bph) Di Ruang Rawat Inap Rsud Lamaddukelleng Sengkang. *Jurnal Ilmiah Mappadising*, 2(2), 133–138. <http://ojs.lppmuniprima.org/index.php/mappadising>
- Hadinata, Dian & Abdillah, A. J. (2022). *Metodologi Keperawatan* (S. Wahyuni (ed.); Vol. 1). Widina Bhakti Persada Bandung.
- Harun, H. (2019). Aspek Laboratorium Benign Prostatic Hyperplasia. *Jurnal Ilmiah Kedokteran*, 1(2), 36–44.
- Indah, T., & Prasetyo, Y. E. (2022). Seorang Laki-Laki Usia 69 Tahun Dengan Retensi Urin Ec BPH Dengan Hernia Inguinalis Lateralis Detra. *The 16th University Research Colloquium 2022*, 898–901.

- Lokeshwar, S. D., Harper, B. T., Webb, E., Jordan, A., Dykes, T. A., Neal, D. E., Terris, M. K., & Klaassen, Z. (2019). Epidemiology and treatment modalities for the management of benign prostatic hyperplasia. *Translational Andrology and Urology*, 8(5), 529–539.  
<https://doi.org/10.21037/tau.2019.10.01>
- Maulana, D. A. (2021). Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Batu Saluran Kemih Pada Pasien Benign Prostate Hyperplasia. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 3(3), 603–610.  
<http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP/article/view/57>
- Mayasari, C. D. (2016). Pentingnya Pemahaman Manajemen Nyeri Non Farmakologi Bagi Seorang Perawat. *Jurnal Wawasan Kesehatan*, 1(1), 35–42. <https://stikessantupaulus.e-journal.id/JWK/article/view/13/5>
- Nirfandi, H., Berawi, K. N., & Hadibrata, E. (2023). Hubungan Diabetes Melitus dan Merokok dengan Kejadian *Benign Prostatic Hyperplasia* ( BPH ): Tinjauan Pustaka Relationship of Diabetes Mellitus and Smoking with the Incidence of *Benign Prostatic Hyperplasia* ( BPH ): A Literature Review. *13(2)*, 171–173.
- Novendi, H. S. (2022). Diagnosis Dan Tatalaksana Benign Prostatic Hyperplasia: Sebuah Studi Literatur. *Jurnal Syntax Fusion*, 2(2), 1–12.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.54543/fusion.v2i02.149>
- Nurfantri, Ernawati, Ahmadi, Arabta, M., Pelawi, P., Simanjutak, F. M., Siantar, R. L., Mawardi, E. Al., REnince, S., Aritonang, T. R., Nurvitriana, N. C., Widjayanti, Y., Deniati, K., Nisa, H., Meliya, E., & Indrawati, L. (2022). *Keperawatan Dasar* (E. D. Widyawaty, S. W. Purwanza, & M. B. Karo (eds.); 1st ed.). Penerbit Rena Cipta Mandiri.
- PPNI. (2017). *Standar Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). DPP PPNI.
- Purwanto, H. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah II* (cetakan 1). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

- Ramadhan, M. A., Sutapa, H., Oktaviyanti, I. K., Rahman, E. Y., & Yuliana, I. (2022). *Hubungan Infiltrasi Limfosit Pada Prostat Dengan Retensi Urine Pada Benign Prostatic Hyperplasia Di RsuD*. 5(3), 641–647.
- Sa'adah, N. u. . (2017). Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Benigna Prostatic Hyperplasia (Bph) Post Prostatectomy Di Ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.  
<http://repository.unissula.ac.id/id/eprint/9928>
- (Smeltzer dan Bare, 2017). (2017). Identifikasi Tingkat Kecemasan Pre Operasi Pasien Fraktur. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 5(2).
- Sutanto, R. L. (2021). Hiperplasia Prostat Jinak : Managemen Tatalaksana Dan Pencegahan. *JIMKI: Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kedokteran Indonesia*, 8(3), 90–97. <https://doi.org/10.53366/jimki.v8i3.230>
- Wulandari, D. K., Hj. Ruslinawati, & Elsiyana. (2022). Efektifitas Terapi Relaksasi Slow Deep Breathing Dan Relaksasi Benson Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Benign Prostatic Hyperplasia Di Rs Bhayangkara Banjarmasin. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 9(2), 71–80.  
<https://doi.org/10.32539/jks.v9i2.149>
- Yulianti, E., & Mualifah, L. (2022). Terapi Musik untuk Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Op Sectio Ceasarea : : Literature Review. *Jurnal Indonesia Sehat: Healthy Indonesian Journal*, 1(2), 140–150.  
<https://jurnal.samodrailmu.org/index.php/jurinse/article/view/44/32>