

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN GANGGUAN  
PERKEMIHAN: *BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA* DIRUANG  
MAWAR 2 RSUD Dr MOEWARDI

KARYA TULIS ILMIAH  
Diajukan Guna Melengkapi Tugas-Tugas dan Memenuhi  
Syarat-Syarat Untuk Menyelesaikan Program  
Pendidikan Diploma III Keperawatan



Disusun oleh:

ARDEA DARMARIANTO

J 200 110 029

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA

2014

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN GANGGUAN  
PERKEMIHAN: *BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA* DIRUANG  
MAWAR 2 RSUD Dr MOEWARDI

(Ardea Darmarianto, J200110029, 44 halaman)

ABSTRAK

**Latar belakang:** *Benign Prostatic Hyperplasia* atau BPH merupakan masalah yang terjadi pada pria dengan usia diatas 60 tahun akibat ketidakseimbangan produksi hormon.

**Tujuan:** untuk mengetahui asuhan keperawatan pada klien dengan *Benign Prostatic Hyperplasia* atau BPH meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

**Hasil:** setelah dilakukan asuhan keperawatan 4x24 jam didapatkan hasil pre op: tidak terjadi infeksi, kecemasan klien berkurang, post op: nyeri klien berkurang dari skala 5 menjadi 3, tidak ada tanda infeksi, kelemahan klien berkurang.

**Kesimpulan:** Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan diharapkan kolaborasi dari semua pihak misalnya perawat, dokter, laboratorium, ahli gizi maupun keluarga, untuk mempercepat serta mempermudah dalam asuhan keperawatan untuk kesembuhan klien.

**Kata kunci:** *Benign Prostatic Hyperplasia*, resiko infeksi, ansietas, nyeri, defisit perawatan diri.

NURSING CARE OF MR.S WITH URINAL DISORDER: *BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA* AT ROOM MAWAR 2 RDUD Dr NOEWARDI

(Ardea Darmariantanto, J200110029, 44 pages)

ABSTRACT

**Background:** *Benign Prostatic Hyperplasia* or BPH is problem happen at male with age up to 60 years old result from unbalance production of hormone.

**Aim of researc:** to study about nursing care on cklient with *Benign Prostatic Hyperplasia* or BPH including assesment, diagnosis, intervention, implementation, and evaluation.

**Result:** after implementation of nursing care for 4x24 hours it found that pre op: not infection happen, derogate of client anxiety, post op: the client painful derogate after scale 5 become 3, not sign of infection, the weakness of client derogate.

**Conclusion:** in implementation of nursing care hope a collaboration from efering of helty time, nursing, pychisian, laboratory, nutrient expert and family, for hasten and make easier nusrsing care for recovery client.

**Key word:** *Benign Prostatic Hyperplasia*, infection risk, anxiety, painfull, deficit of self care.

## HALAMAN PENGESAHAN

Dipertahankan di depan Dosen penguji Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta dan diterima untuk melengkapi tugas-tugas dan memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan.

Hari : Jumat


Tanggal : 18 Juli 2014

Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah

Nama Terang

Tanda Tangan

Penguji I Okti Sri P, S.Kep., M.Kep., Ns., Sp.Kep.M.B

()

Penguji II Arina Maliya, S.Kep., M.Si (Med)

()

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Surakarta



## PENDAHULUAN

### Latar Belakang

Jumlah penduduk Indonesia terutama jumlah lansia semakin lama semakin meningkat, berdasarkan data yang diperoleh dari departemen kesehatan tahun 2010 Jumlah populasi pria diatas usia 65 di Indonesia pada tahun 2010 di menempati urutan ke-4 dengan 6,1% dari jumlah umur lebih dari 65 tahun di negara-negara asia tenggara. Tentunya hal tersebut akan menimbulkan persoalan-persoalan baru, tidak saja di bidang sosial-ekonomi, tetapi juga di bidang kesehatan. Salah satu masalah kesehatan yang sering dijumpai pada pria diatas 60 tahun adalah *Benigna Prostatic Hyperplasia* atau BPH, keadaan ini di alami oleh 50% pria yang berusia 60 tahun, dan kurang lebih 80% pria yang berusia 80 tahun (Nursalam dan Fransisca, 2009).

*Benign Prostatic Hyperplasia* atau BPH adalah masalah umum pada sistem *genitourinari* pada pria dewasa yang ditunjukkan dengan adanya peningkatan jumlah sel-sel epitel dan jaringan stroma di dalam kelenjar prostat. Menurut kejadiannya pembesaran prostat disebabkan oleh dua faktor penting yaitu ketidakseimbangan hormon estrogen dan androgen, serta faktor umur atau proses penuaan sehingga obstruksi saluran kemih dapat terjadi. Adanya obstruksi ini akan

menyebabkan, respon nyeri pada saat buang air kecil dan dapat menyebabkan komplikasi yang lebih parah seperti gagal ginjal akibat terjadi aliran balik ke ginjal selain itu dapat juga menyebabkan peritonitis atau radang perut akibat terjadinya infeksi pada kandung kemih (Andre, Terrence & Eugene, 2011).

Untuk mengatasi obstruksi yang terjadi, dapat dilakukan dengan berbagai cara mulai dari tindakan yang paling ringan yaitu secara konservatif (non operatif) sampai tindakan yang paling berat yaitu operasi. Berdasarkan data yang diperoleh dari rekam medis dalam 10 besar kasus selama 1 tahun terakhir, dari bulan Januari 2013 hingga bulan Maret 2014 di ruang Instalasi Bedah Sentral RSUD Dr Moewardi, kasus urologi menempati urutan nomer 4 dengan jumlah pasien 227.

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 1. Pengertian

*Benigna Prostatic Hyperplasia* atau BPH adalah masalah umum pada sistem *genitourinari* pada pria dewasa yang ditunjukkan dengan adanya peningkatan jumlah sel-sel epitel dan jaringan stroma di dalam kelenjar prostat (Andre, Terrence & Eugene, 2011).

#### 2. Etiologi

Penyebab khusus benigna hiperplasia prostat belum diketahui dengan pasti, beberapa hipotesis menyatakan ada 2 faktor yang mempengaruhi yaitu peningkatan kadar testosteron

atau DHT dan proses penuaan (Nursalam & Fransisca, 2009 ).

### 3. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinik *Benigna Prostatic Hyperplasia* atau BPH menurut Neil & Pierc (2007) mencakup:

- a. Tanda umum
  - peningkatan frekuensi berkemih, pancaran lemah, dorongan ingin berkemih, urin menetes atau *dribbling*, abdomen tegang, mengejan saat berkemih, aliran urine tidak lancar, rasa seperti kandung kemih tidak kosong dengan baik, dan retensi urine akut.

### 4. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan untuk *Benigna Prostatic Hyperplasia* atau BPH menurut Neil & pierce (2007) adalah:

- a. Medikamentosa :
  - 1) Ubah asupan cairan oral, kurangi konsumsi kafein
  - 2) Alpha blocker (suatu á adrenergic receptor antagonists, misalnya fenoksibenzamin)
  - 3) katerisasi.
- b. Pembedahan :
  - 1) *Transurethral resection of the prostate* atau TUR-P.
  - 2) *Prostatectomy*
  - 3) *Retropubic prostatectomy*

## TINJAUAN KEPERAWATAN

### 1. Diagnosa keperawatan

- a. Pre operasi :
  1. Retensi urin berhubungan dengan sumbatan: obstruksi kandung kemih (Herdman & Heather, 2012)

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik: spasme kandung kemih (Herdman & Heather, 2012)

3. Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasife: kateterisasi (Herdman & Heather, 2012)

4. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (Herdman & Heather, 2012)

### b. Post Operasi:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik: spasme kandung kemih (Herdman & Heather, 2012)

- 2) Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasife: kateterisasi (Herdman & Heather, 2012)

- 3) Defisit perawatan diri: higiene berhubungan dengan kelemahan, nyeri (Wilkinson & Judith, 2011)

### 2. . Intervensi

fokus intervensi keperawatan untuk *Benign Prostatic Hyperplasia* atau BPH adalah:

#### a. Pre operasi:

- 1) Retensi urin berhubungan dengan sumbatan: obstruksi kandung kemih (Herdman & Heather, 2012)

Tujuan: klien dapat buang air kecil tanpa menggunakan alat bantu atau kateter

- Kriteria hasil: klien mengatakan dapat buang air kecil secara mandiri
- Intervensi:
- a) Mengajarkan blader training pada klien
 

Rasional: membantu merangsang keinginan untuk buang air kecil
  - b) Memasang kateter bila ada indikasi
 

Rasional: membantu mengeluarkan urin
  - c) Memberikan obat sesuai program terapi
 

Rasional: membantu memperlancar sirkulasi dan merangsang syaraf
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik; spasme kandung kemih (Herdman & Heather, 2012)
- Tujuan: nyeri klien berkurang
- kriteria hasil: klien tampak rileks dan klien melaporkan status nyeri berkurang
- a) Kaji status nyeri pasien
 

Rasional: mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan klien
  - b) Ajarkan teknik relaksasi
 

Rasional: teknik relaksasi membantu mengurangi nyeri pada klien
  - c) Bantu klien mengidentifikasi tindakan kenyamanan yang efektif dimasa lalu
 

Rasional: identifikasi kenyamanan masa lalu membantu menentukan metode mengurangi rasa sakit
- 3) Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive: kateterisasi (Herdman & Heather, 2012)
- Tujuan : klien terbebas dari infeksi
- Kriteria hasil: klien bebas dari tanda gejala infeksi
- Intervensi:
- a) Observasi tanda gejala infeksi
 

Rasional: mengetahui tanda awal infeksi
  - b) pertahankan lingkungan aseptik
 

Rasional: lingkungan aseptik mengurangi tingkat penyebaran patogen
  - c) Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan
 

Rasional: meminimalisir penyebaran patogen melalui media tangan
- 4) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (Herdman & Heather, 2012)
- Tujuan: klien mampu mengontrol cemas
- Kriteria hasil: kecemasan klien berkurang, wajah tampak rileks, klien tau tentang prosedur tindakan.
- a) Kaji pengetahuan klien
 

Rasional: mengetahui sejauh mana tingkat pengetahuan klien tentang penyakit
  - b) Gunakan pendekatan yang menenangkan
 

Rasional: pendekatan yang menenangkan dapat

- membuat perasaan klien lebih tenang
- b. Post op
- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik; spasme kandung kemih (Herdman & Heather, 2012)
 

Tujuan: nyeri klien berkurang

kriteria hasil: klien tampak rileks dan klien melaporkan status nyeri berkurang

    - a) Kaji status nyeri pasien
 

Rasional: mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan klien
    - b) Ajarkan teknik relaksasi
 

Rasional: teknik relaksasi membantu mengurangi nyeri pada klien
    - c) Bantu klien mengidentifikasi tindakan kenyamanan yang efektif dimasa lalu
 

Rasional: identifikasi kenyamanan masa lalu membantu menentukan metode mengurangi rasa sakit
  - 2) Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif: kateterisasi (Herdman & Heather, 2012)
 

Tujuan : klien terbebas dari infeksi

Kriteria hasil: klien infeksi

Intervensi:

    - a) Observasi tanda gejala invaksi
 

rasional: mengetahui tanda awal infeksi
    - b) pertahankan lingkungan aseptik
 

rasional: lingkungan aseptik mengurangi tingkat penyebaran patogen
    - c) Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan
 

Rasional: meminimalisir penyebaran patogen melalui media tangan
  - 3) Defisit perawatan diri: higiene berhubungan dengan kelemahan fisik, nyeri (Wilkinson & Judith, 2011)
 

Tujuan: klien menunjukkan aktivitas perawatan diri sehari-hari

Kriteria hasil: klien dapat membersihkan tubuh secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu.

    - a) Kaji kemampuan untuk menggunakan alat bantu
 

Rasional: kemampuan klien menggunakan alat bantu akan mempermudah dalam pemenuhan kebutuhan higiene klien
    - b) kaji membran mukosa oral dan kebersihan tubuh setiap hari
 

Rasional: untuk mengetahui tingkat kebersihan klien

## TINJAUAN KASUS

### A. Biodata

Pengkajian dilakukan tanggal 10 Maret 2014 diperoleh data sebagai berikut: nama: Tn.S, umur: 63 tahun, agama:



Islam, alamat: Banjarsari, Surakarata, pendidikan: SMA, pekerjaan: buruh, nomor rekam medis: 01238980, klien mulai dirawat dibangsal mawar sejak 3 Maret 2014 dengan diagnosa BPH. Penanggung jawab klien: nama: Ny.S, umur: 58 tahun, agama: Islam, alamat:Banjarsari Surakarta, hubungan dengan klien: istri.

### B. Pengkajian keperawatan

Keluhan utama klien yaitu susah buang air kecil,terasa panas saat buang air kecil. Riwayat kesehatan klien: klien datang ke RSUD Dr Moewardi pada tanggal 3 Maret jam 09.00 WIB dengan keluhan utama sulit saat buang air kecil, klien adalah pasien rujukan dari RS Ngipang, klien sempat dirawat sekitar 1 bulan.

### C. Diagnosa keperawatan

1. Retensi urin berhubungan dengan sumbatan: obstruksi kandung kemih (Herdman & Heather, 2012)
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik: spasme kandung kemih (Herdman & Heather, 2012)
3. Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasife: kateterisasi (Herdman & Heather, 2012)
4. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (Herdman & Heather, 2012)
5. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik: spasme kandung kemih (Herdman & Heather, 2012)
6. Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasife:

kateterisasi (Herdman & Heather, 2012)

7. Defisit perawatan diri: higiene berhubungan dengan kelemahan, nyeri (Wilkinson & Judith, 2011)

### D. Diagnosa keperawatan yang muncul dikasus

1. Alasan Penegakan Diagnosa Berdasarkan data yang didapatkan pada tanggal 10 dan 12 maret maka akan dijelaskan tentang diagnosa yang diambil.

Diagnosa pre op kondisi Resiko infeksi adalah suatu keadaan berisiko terkena organisme patogen dari sumber eksternal, endogen ataupun eksogen (Wilkinson & Judith, 2011)

Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasife : kateterisasi, dengan tindakan klien akan dilakukan tindakan pembedahan *TURP* dan kateter, tindakan *TURP* dilakukan dengan memasukkan suatu alat ke dalam uretra. Sehingga sebelum klien memasuki area operasi, penulis melakukan tindakan meminimalkan penyebaran agen mikroorganisme, diantaranya mengganti baju operasi, menutup rambut dengan topi operasi, dan mengecek kembali aksesoris yang dipakai klien. Pertahankan lingkungan aseptik, cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan, monitor tanda dan gejala infeksi, cegah infeksi nosokomial.

Ansietas adalah keadaan individu mengalami perasaan tidak enak atau khawatir yang samar, merupakan isyarat kewaspadaan akan adanya bahaya (Carpenito & Linda 2006).

Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, pengangkatan Cemas berhubungan dengan kurang pengetahuan: prosedur operasi dikarenakan klien baru pertama kali menjalani operasi dan masuk ruang operasi, klien juga tidak mengetahui gambaran ruang operasi, Sehingga klien merasa asing dengan ruangan operasi. Suatu penelitian menyebutkan 80% klien yang akan menjalani pembedahan mengalami kecemasan. Data fokus pada kasus diantaranya adalah data subjek pasien khawatir, cemas, dan belum tau prosedur operasi yang akan dijalani, data objek pasien terlihat tegang dan cemas tanda-tanda vital: 120/80 mmHg, nadi: 80 x/mnt, respirasi: 20 x/mnt, suhu: 36,0°C, dari data yang ada dapat disimpulkan terdapat persamaan antara data pada kasus dan teori yaitu ansietas. Intervensinya kaji pengetahuan klien, gunakan pendekatan yang menenangkan, jelaskan prosedur yang akan dilakukan, temani klien untuk dan mengurangi takut, gunakan teknik relaksasi untuk meredakan ansietas.

Nyeri akut adalah pengalaman sensori serta emosi yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan (Wilkinson & Judit, 2011).

Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik: spasme

kandung kemih, pasca operasi efek anestesi akan menghilang sehingga efek nyeri dari pembedahan akan dialami klien. Dari data pengkajian yang didapatkan, data subyek P (paliatif): nyeri setiap saat BAK, Q (quality): nyeri nyeri seperti tertusuk-tusuk, R (region): nyeri daerah suprapubik, S (scale): skala nyeri 5, T (time): hilang timbul, data objeknya pasien terlihat meringis, dan wajah tampak tegang, intervensi: kaji status nyeri pasien, ajarkan teknik relaksasi, bantu klien mengidentifikasi tindakan kenyamanan yang efektif dimasa lalu, bantu klien fokus pada aktifitas, bukan pada nyeri, kolaborasi pemberian analgetik.

Resiko infeksi adalah suatu keadaan berisiko terkena organisme patogen dari sumber eksternal, endogen ataupun eksogen (Wilkinson, 2007).

Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif: tindakan: kateterisasi, setelah menjalani operasi hasil infasif dan pemasangan kateter sangat rentan terhadap pajangan patogen sehingga risiko infeksi akan mudah terjadi, data subjeknya: -, data objek: klien terpasang kateter ukuran 24, urin berwarna merah. Intervensinya observasi tanda gejala infeksi, pertahankan lingkungan aseptik, cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan, lakukan irigasi kateter pada klien. kolaborasi pemberian antibiotik.

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang yang mengalami hambatan kemampuan untuk melakukan aktivitas

perawatan diri, seperti mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi (Carpenito, 2007).

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, nyeri, post operasi merupakan saat dimana kondisi fisik klien menurun akibat beberapa hal seperti kehilangan banyak darah sewaktu operasi, nyeri, maupun berkurangnya nafsu makan post operasi sehingga keadaan fisik klien melemah dan menyebabkan defisit keperawatan diri pada klien, data subjek: klien mengatakan badannya lemas dan aktifitas dibantu keluarga, data objeknya: klien terlihat lemah, kotor dan ADL dibantu oleh keluarga, hemoglobin 10,5g/dl (13,5-17,5) kaji kemampuan untuk menggunakan alat bantu, kaji membran mukosa oral dan kebersihan tubuh setiap hari, bantu perawatan diri klien, dekatkan alat dengan klien, anjurkan klien atau keluarga menggunakan metode alternatif untuk mandi dan oral hygiene.

#### **E. Diagnosa keperawatan yang tidak muncul dikasus**

diagnosa yang muncul pada teori tapi tidak muncul pada kasus adalah diagnosa pre op antara lain:

Retensi urin berhubungan dengan sumbatan: obstruksi kandung kemih. Retensi urin adalah keadaan dimana pengosongan kandung kemih tidak terjadi secara komplit atau tuntas (Herdman & Heather, 2012). Retensi urin terjadi akibat pembesaran jaringan prostat akibat BPH sehingga

menyebabkan obstruksi kandung kemih, obstruksi kandung kemih selanjutnya dapat mengakibatkan retensi urin. Diagnosa ini tidak muncul pada kasus dikarenakan klien pada saat masuk rumah sakit telah dipasang kateter di ruang UGD RDUD Dr Moewardi, jadi pada saat pengkajian klien tidak mengeluh susah buang air kecil atau retensi urin.

berikutnya adalah nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik: spasme kandung kemih. Nyeri akut adalah pengalaman sensori serta emosi yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan (Wilkinson, 2007). Nyeri akibat BPH karena terjadi obstruksi kandung kemih sehingga menyebabkan terjadi spasme kandung kemih dan menyebabkan rasa nyeri pada daerah suprapubik. Diagnosa ini tidak muncul pada kasus dikarenakan klien telah dipasang kateter pada saat di ruang IGD sehingga tidak terjadi obstruksi kandung kemih yang berakibat pada terjadinya retensi urin.

#### **F. Pelaksanaan Tindakan**

##### **1. Kelebihan**

Faktor pendukung pada diagnosa pertama resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive: kateterisasi. Faktor pendukungnya yaitu pada hasil pemeriksaan laboratorium yang menunjukkan hasil dalam batas normal sehingga klien dapat menjalani tindakan operasi dalam keadaan baik. selain itu tindakan perawat

sebelum pre op seperti memasang baju operasi, topi operasi, mempertahankan lingkungan aseptik, tindakan-tindakan tersebut dapat mencegah atau menurunkan kemungkinan terjadi infeksi pada klien, selain itu juga pada pelaksanaan tindakan klien mau mematuhi saran dari perawat.

Untuk diagnosa kedua ansietas berhubungan dengan krisis situasional, perawat menggunakan pendekatan yang menenangkan, menjelaskan prosedur operasi dan menemani klien, dapat memberikan ketenangan bagi klien maupun tambahan pengetahuan seputar operasi yang akan dijalani, faktor pendukung untuk diagnosa ini adalah klien bersedia mematuhi ajaran perawat dan melakukan saran dari petugas kesehatan.

Untuk diagnosa post op yang pertama nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik: spasme kandung kemih, nyeri paska operasi akan segera timbul setelah efek anastesi menghilang mengakibatkan rasa nyeri pada daerah operasi, pemberian analgetik dan mengajarkan teknik relaksasi untuk klien sangat penting untuk mengurangi ketidaknyamanan yang dirasakan klien, faktor pendukungnya yaitu klien mau diberikan arahan teknik relaksasi dan mau diiiberikan program

terapi berupa pemberian analgetik.

Selanjutnya resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasife: tindakan: kateterisasi, resiko infeksi paska operasi sangatlah mungkin terjadi bersihkan lingkungan, lakukan irigasi dan pemberian antibiotik dapat mencegah terjadinya infeksi dan mempercepat penyembuhan.

Diagnosa terakhir defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, nyeri. pada saat kondisi klien menurun bantuan untuk klien sangatlah bermanfaat untuk klien, keterlibatan keluarga dalam merawat klien juga sangat membantu aktifitas maupun hubungan keluarga.

## 2. Kekurangan

Kekurangan pada setiap pelaksanaan tindakan sangat mungkin terjadi, kerjasama yang baik antara petugas kesehatan, klien dan keluarga sangat diperlukan untuk mempercepat kesembuhan klien maupun menghindari hal buruk terjadi. Pada diagnosa pertama Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasife: kateterisasi, penyebaran patogen mungkin saja terjadi akibat dari lingkungan ataupun dari penanganan petugas medis yang kurang bersih.

Untuk diagnosa ansietas berhubungan dengan krisis situasional, kekurangannya yaitu walaupun dilakukan tindakan untuk mengurangi kecemasan klien, cemas pada klien kemungkinan besar masih dirasakan karena cemas merupakan isyarat kewaspadaan akan adanya bahaya.

Untuk diagnosa post operasi Nyeri akut berhubungan dengan diskontinuitas jaringan sekunder akibat pembedahan, nyeri yang dialami klien akan timbul kembali saat efek analgetik pada klien hilang, nyeri kemungkinan bertambah jika lingkungan kurang mendukung seperti suara bising akibat pengunjung.

Diagnosa berikutnya Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif: kateterisasi, infeksi pada klien masih dapat timbul akibat kurangnya kebersihan pada klien maupun pada lingkungan sehingga patogen dengan mudah menyerang klien.

Diagnosa terakhir defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, nyeri. pasien tidak setiap waktu ditemani oleh perawat maupun keluarga, kemandirian klien sangat dibutuhkan.

## Kesimpulan

Dari hasil pembahasan pada bab sebelumnya maka bisa diambil beberapa kesimpulan yaitu:

1. Pada pengkajian didapatkan data pre op, pasien khawatir, cemas, dan belum tahu prosedur operasi yang akan dia jalani. Data obyektifnya tanda-tanda vital: 120/80 mmHg, nadi: 80 x/mnt, respirasi: 20 x/mnt, suhu: 36,0°C. Untuk post op: data subyektif pasien mengatakan nyeri, lemas dan aktifitas dibantu oleh keluarga. Data obyektif: pasien terlihat meringis, wajah tampak tegang, lemas, klien terlihat sedikit kotor dan bau, aktifitas dibantu keluarga, klien juga terpasang kateter ukuran 24.
2. Pada klien dengan *Benign Prostatic Hyperplasia* atau BPH ditemukan beberapa masalah keperawatan pre op: resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif: kateterisasi, ansietas berhubungan dengan krisis situasional, dan post op: nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik: spasme kandung kemih, resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif: kateterisasi, defisit perawatan diri: higiene berhubungan dengan kelemahan, nyeri.
3. Intervensi pada *Benign Prostatic Hyperplasia* atau BPH yang ada pada teori dapat diterapkan pada rencana tindakan keperawatan.
4. Implementasi pada *Benign Prostatic Hyperplasia* atau BPH sesuai dengan intervensi keperawatan
5. Evaluasi keperawatan Tn.S untuk resiko infeksi masalah teratasi

sebagian, ansietas masalah teratasi sebagian, dan post op: nyeri akut masalah teratasi sebagian, resiko infeksi masalah teratasi sebagian, defisit keperawatan diri: higiene masalah teratasi sebagian, perlu adanya pengawasan lanjut.

### Saran

1. Pasien  
Pasien diharapkan selalu mematuhi anjuran dari petugas kesehatan agar menghindari ataupun mengurangi kemungkinan masalah yang dapat merugikan klien.
2. Keluarga  
Disarankan keluarga untuk menemani klien di ruang induksi/ pre operasi untuk membantu mengurangi kecemasan klien.
3. Perawat  
Perawat sebaiknya melakukan pengkajian yang lebih teliti kepada klien untuk membantu pembentukan diagnosa yang lebih akurat serta melibatkan keluarga klien dalam pemenuhan kebutuhan klien.
4. Instansi Rumah Sakit  
Peningkatan pelayanan dan kondisi kerja yang lebih nyaman untuk kelancaran prosen kesehatan baik bagi pihak pasien itu sendiri maupun petugas yang bekerja di rumah sakit.
5. Instansi Pendidikan  
Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai referensi dalam menunjang pembelajaran serta meningkatkan mutu pelayanan pendidikan yang lebih baik.

### Daftar pustaka

- Andre, Terrence & Eugene. 2011. *Case Files Ilmu Bedah*. Edisi 3. Jakarta : Karisma Publishing Group.
- Arthur & Keith. 2013. *Anatomi Berorientasi Klinis*. Edisi 1. Jakarta : Erlangga.
- Carpenito & Linda. 2006. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Edisi 10. Jakarta: EGC.
- De jong & Sjamsuhidajat. 2010. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Departemen Kesehatan RI. 2010. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Kurniawan, W & Utomo. T. 2011. Comparison of serum sodium, serum potassium, and blood hemoglobin changes after Transurethral resection of the prostate between irrigation with normal saline and sterile water. *Indonesian Journal of Urology*, Vol 18. No 2. July 2011 : 55-59
- Herdman & Heather. 2012. *Diagnosa Keperawatan Defenisi dan Klasifikasi*. Jakarta: EGC.
- Neil & Pierce. 2007. *At a Glance Ilmu Bedah*. Edisi 3. Jakarta : Erlangga.

Nileshwar A & rajgopal. 2014, *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Edisi 3. jakarta: karisma.

Nursalam & Fransisca. 2009. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta : Salemba Medika

Patonah, santoso & mubarak. 2006. *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Komunitas*. Jakarta : Sagung Seto.

Riski A. 2007. *Faktor-faktor Risiko Terjadinya Pembesaran Prostat Jinak*. tesis: universitas diponegoro.

Sutapa & Hari. 2009. *Pengukuran volume prostate pasien BPH menggunakan colok dubur dan USG transrektal*. Indonesian Journal of Urology. November 2009.

Wilkinson & Judith. 2011. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan: diagnosa NANDA, intervensi NIC, kriteria hasil NOC*. Edisi 9 . Jakarta : EGC

Wilkinson. 2007. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NO*. Ed.7. Jakarta: EGC