



**ANALISA ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *BENIGN
PROSTATIC HYPERTROPHY (BPH)* DENGAN TERAPI *SLOW
DEEP BREATHING* DAN AROMATERAPI LAVENDER
UNTUK MENGURANGI NYERI AKUT POST OPERASI
TRANSURETHRAL OF THE PROSTATE (TURP)
DI RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners

Disusun Oleh :

Dewi Anggraeni, S. Kep

A32020025

PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG

2021



ANALISA ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY (BPH)* DENGAN TERAPI *SLOW DEEP BREATHING* DAN AROMATERAPI LAVENDER UNTUK MENGURANGI NYERI AKUT POST OPERASI *TRANSURETHRAL OF THE PROSTATE (TURP)* DI RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners

Disusun Oleh :

Dewi Anggraeni, S. Kep

A32020025

PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG

2021

HALAMAN PERSETUJUAN

**ANALISA ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *BENIGN
PROSTATIC HYPERTROPHY (BPH)* DENGAN TERAPI *SLOW
DEEP BREATHING* DAN AROMA TERAPI LAVENDER
UNTUK MENGURANGI NYERI AKUT POST OPERASI
TRANSURETHRAL OF THE PROSTATE (TURP)
DI RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**

Telah Disetujui Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat
Untuk Diujikan Pada Tanggal 21 September 2021

Pembimbing



(Bambang Utoyo, M. Kep)

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners,



(Dadi Santoso, M. Kep)

HALAMAN PENGESAHAN

Karya ilmiah akhir ners ini diajukan oleh

Nama : Dewi Anggraeni

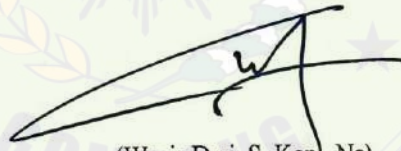
NIM : A32020025

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA-N : Analisa Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Benign Prostatic Hypelasia* (BPH) Dengan Terapi *Slow Deep Breathing* Dan Aromaterapi Lavender Untuk Mengurangi Nyeri Akut Post Operasi *Transurethral Of The Prostate* (TURP) Di RS PKU Muhammadiyah Gombong

Telah berhasil dipertahankan dihadapan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Pendidikan Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Gombong.

Penguji Satu



(Wasis Dwi, S. Kep., Ns)

Penguji Dua



(Bambang Utoyo, M. Kep)

Ditetapkan : Gombong, Kebumen

Tanggal : 21 September 2021

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners Adalah Hasil Karya Saya Sendiri Dan
Semua Sumber Baik Yang Dikutip Maupun Dirujuk Telah Saya
Nyatakan Dengan Benar

Nama : Dewi Anggraeni
NIM : A32020025
Tanggal : 21 September 2021
Tanda Tangan



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dewi Anggraeni
NIM : A32020025
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Jenis Karya : Karya Ilmiah Ners

Dengan pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Gombong Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-Exclusive Royalty-Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul

“Analisa Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Benign Prostatic Hypelasia (BPH)* Dengan Terapi *Slow Deep Breathing* Dan Aroma Terapi Lavender Untuk Mengurangi Nyeri Akut Post Operasi *Transurethral Of The Prostate (TURP)* Di RS PKU Muhammadiyah Gombong”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Nonrksklusif ini Universitas Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Gombong, Kebumen

Pada Tanggal : Maret 2021

Yang Menyatakan



(Dewi Anggraeni)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji syukur kehadiran Allah SWT, karena atas karunia dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul “Analisa Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Benign Prostatic Hypelasia (BPH)* Dengan Terapi *Slow Deep Breathing* Dan Aroma Terapi Lavender Untuk Mengurangi Nyeri Akut Post Operasi *Transurethral Of The Prostate (TURP)* Di RS PKU Muhammadiyah Gombong” dengan sebaik-baiknya. Dalam proses penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini tidak terlepas bantuan dari berbagai pihak, sehingga Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat terselesaikan. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Allah SWT, yang telah memberikan kemudahan penulis dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
2. Kedua orangtua, bapak Sutejo dan ibu Sukarti Ning Astuti yang senantiasa memberikan bantuan, dukungan, serta doa kepada penulis.
3. Herniyatun, M. Kep., Sp. Mat, selaku Ketua Universitas Muhammadiyah Gombong.
4. Dadi Santoso, M. Kep, selaku ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Gombong.
5. Bambang Utoyo, M. Kep, selaku pembimbing yang telah banyak memberikan waktu, perhatian dan memberikan pengarahan dalam membimbing penulis dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir Ners
6. Wasis Dwi, S. Kep, selaku penguji sidang Karya Ilmiah Akhir Ners yang telah memberikan masukan dalam penyempurnaan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
7. Semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, terima kasih atas dukungan serta bantuannya.

Penulis menyadari bahwa Karya Imiah Akhir Ners ini masih banyak kekurangan baik isi maupun penyusunan. Penulis berharap karya ini bermanfaat bagi penulis pada khususnya dan bagi pembaca pada umumnya.

Gombong, Maret 2021

Penulis

**Program Studi Keperawatan Profesi Ners
Universitas Muhammadiyah Gombong
KIA-N, Agustus 2021**

Dewi Anggraeni, S. Kep ¹⁾, Bambang Utoyo, M. Kep ²⁾
dewianggraenii1003@gmail.com

ABSTRAK

ANALISA ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY (BPH)* DENGAN TERAPI *SLOW DEEP BREATHING* DAN AROMA TERAPI LAVENDER UNTUK MENGURANGI NYERI AKUT POST OPERASI *TRANSURETHRAL OF THE PROSTATE (TURP)* DI RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG

Latar Belakang : *Benign Prostatic Hypertrophy (BPH)* yaitu pembesaran yang terjadi pada kelenjar prostat. Penanganan yang dilakukan pasien BPH salah satunya dengan operasi *Transurethral Resection Prostate (TURP)* dapat mengalami terjadinya rasa nyeri. Nyeri dapat diatasi salah satunya dengan cara non-farmakologi menggunakan terapi *slow deep breathing* dan aromaterapi lavender.

Tujuan : Menjelaskan Analisa Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Benign Prostatic Hypertrophy (BPH)* Dengan Terapi *Slow Deep Breathing* Dan Aroma Terapi Lavender Untuk Mengurangi Nyeri Post Operasi *Transurethral Of The Prostate (TURP)* Di RS PKU Muhammadiyah Gombong.

Metode : Karya ilmiah ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Instrumen menggunakan format asuhan keperawatan, SOP *slow deep breathing* dan aromaterapi lavender, dan lembar observasi pengkajian nyeri pada 5 pasien *Benign Prostatic Hypertrophy (BPH)* post operasi *Transurethral Of The Prostate (TURP)*.

Hasil Asuhan Keperawatan : Pengkajian dilakukan kepada 5 pasien BPH post operasi TURP. Dari analisa data didapatkan masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Ke lima pasien diberikan terapi *slow deep breathing* dan aromaterapi lavender. Setelah dilakukan pemberian terapi *slow deep breathing* dan aromaterapi lavender selama 3 x 24 jam nyeri dapat berkurang.

Rekomendasi : Terapi *slow deep breathing* dan aromaterapi lavender efektif menurunkan nyeri pada pasien *Benign Prostatic Hypertrophy (BPH)* post operasi *Transurethral Of The Prostate (TURP)*, dan diharapkan dapat diaplikasikan dalam penatalaksanaan asuhan keperawatan khususnya intervensi masalah keperawatan nyeri akut.

Kata kunci;

Aromaterapi Lavender, BPH, Nyeri Akut, *Slow Deep Breathing*

¹⁾ Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Gombong

²⁾ Dosen Universitas Muhammadiyah Gombong

**Nursing Study Program of Profession Education
Muhammadiyah Gombong University
KIA-N, August 2021**

Dewi Anggraeni, S. Kep ¹⁾, Bambang Utoyo, M. Kep ²⁾
dewianggraenii1003@gmail.com

ABSTRACT

NURSING CARE ANALYSIS IN BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY (BPH) PATIENTS WITH SLOW DEEP BREATHING AND THERAPY LAVENDER AROMA THERAPY TO REDUCE ACUTE PAIN POST SURGERY TRANSURETHRAL OF THE PROSTATE (TURP) AT PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG HOSPITAL

Background: Benign Prostatic Hypertrophy (BPH) is an enlargement that occurs in the prostate gland. One of the treatments carried out by BPH patients is Transurethral Resection Prostate (TURP) surgery, which can cause pain. One of the ways to treat pain is non-pharmacological methods using slow deep breathing therapy and lavender aromatherapy.

Objective : Explaining the analysis of nursing care in patients with Benign Prostatic Hypertrophy (BPH) with Slow Deep Breathing Therapy and Aromatherapy Lavender To Reduce Pain Post Transurethral of The Prostate (TURP) Surgery At PKU Muhammadiyah Gombong Hospital.

Methods: This scientific work used a descriptive method with a case study approach. The instrument used a nursing care format, slow deep breathing and lavender aromatherapy SOPs, and pain assessment observation sheets in 5 patients with Benign Prostatic Hypertrophy (BPH) post Transurethral of The Prostate (TURP) surgery.

Nursing Care Outcomes: The assessment was carried out on 5 BPH patients after TURP surgery. From the data analysis, it was found that the acute pain nursing problem was related to the physical injury agent. The five patients were given slow deep breathing therapy and lavender aromatherapy. After giving slow deep breathing therapy and lavender aromatherapy for 3 x 24 hours the pain can be reduced.

Recommendation: Slow deep breathing therapy and lavender aromatherapy are effective in reducing pain in patients with Benign Prostatic Hypertrophy (BPH) post Transurethral of The Prostate (TURP) surgery, and are expected to be applied in the management of nursing care, especially acute pain nursing interventions.

Keywords;

Lavender Aromatherapy, BPH, Acute Pain, *Slow Deep Breathing*

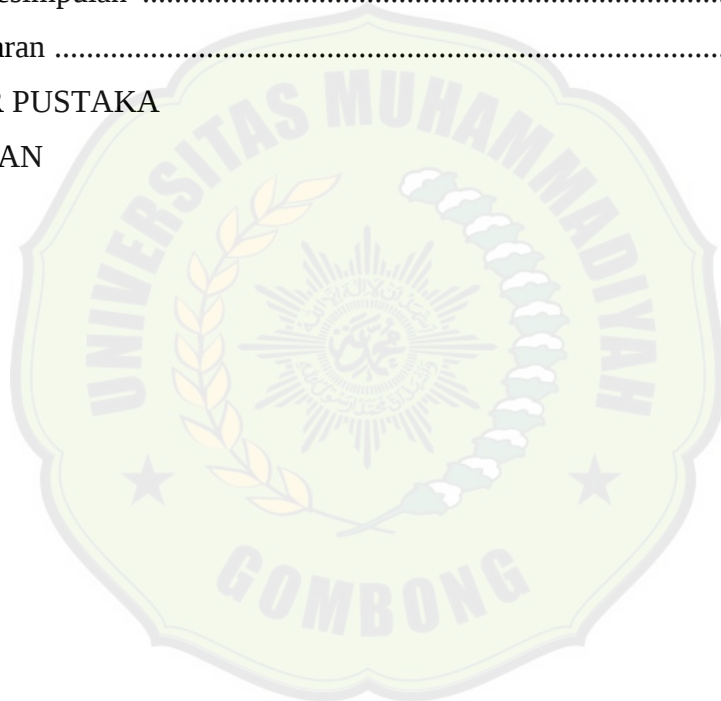
¹⁾ Student of Muhammadiyah Gombong University

²⁾ Lecturer of Muhammadiyah Gombong University

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	8
C. Manfaat	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Konsep Medis <i>Benigna Prostatic Hyperlasia (BPH)</i>	10
B. Konsep Dasar Nyeri Akut	19
C. Asuhan Keperawatan Pada Pasien BPH	33
D. Kerangka Konsep	42
BAB III METODE	44
A. Jenis dan Studi Kasus.....	44
B. Subjek Studi Kasus	44
C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	45
D. Fokus Studi Kasus	45
E. Definisi Oprasional	46
F. Instrument Studi Kasus	47
G. Metode Pengumpulan Data	47
H. Analisa Data dan Penyajian Data	49

I. Etika Studi Kasus	50
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	51
A. Profil Lahan Praktik	51
B. Ringkasan Proses Asuhan Keperawatan	54
C. Hasil Pennerapan Tindakan Keperawatan	82
D. Pembahasan	82
E. Keterbatasan Studi Kasus.....	94
BAB V PENUTUP	95
A. Kesimpulan	95
B. Saran	96
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Pathway BPH	14
Gambar 1.2 Skala Nyeri Deskriptif	24
Gambar 1.3 Skala Nyeri Numeric Rating Scale.....	25
Gambar 1.4 Skala Nyeri Face Scale	26
Gambar 1.5 Kerangka Konsep	42



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Post Op BPH	37
Tabel 2.2 Definisi Oprasional	45
Tabel 2.3 Distribusi Frekuensi 10 Besar Penyakit Periode April, Mei, Juni 2021 Ruang Multazam Premium RS PKU Muhmmadiyah Gombong.....	53
Tabel 2.4 Hasil penerapan tindakan kombinasi terapi slow deep breathing dan aromaterapi lavender pada pasien BPH post operasi TURP yang mengalami nyeri.	82



BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Benign Prostatic Hypelasia (BPH) yaitu suatu pembesaran yang terjadi pada kelenjar prostat yaitu merupakan suatu penyakit yang sangat sering dapat mengakibatkan masalah terutama pada laki-laki. Karakteristik Benign Prostatic Hyperlasia (BPH) yaitu berupa hyperplasia pada stoma pembesaran prostat (Purwanto, 2016). Gejala yang dirasakan pertama kali oleh pasien BPH manifektasinya berupa terjadinya gangguan pada aliran urin seperti sulit untuk buang air kecil serta keinginan untuk buang air kecil (BAK) tetapi pancaran urin lemah (Periode et al., 2017). Terdapat beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya Benign Prostatic Hyperlasia (BPH) yaitu usia serta ketidakseimbangan hormon estrogen dan androgen. BPH juga dapat dipengaruhi dengan adanya riwayat BPH dalam keluarga, diet rendah serat, aktivitas fisik yang kurang, mengkonsumsi daging merah, mengkosumsi vitamin E, sindrom metabolik, inflamasi kronik pada prostat serta penyakit jantung (Mochtar el al., 2015).

Prevelensi BPH mengalami peningkatan yang tajam sering dengan bertambahnya umur seseorang. Studi otopsi melakukan pengamatan terhadap prevelensi histologis dari 8% pada dekade ke-4, 50% pada dekade ke-6, dan 80% kedekade ke-9, hasil studi observasional yang dilakukan dari Eropa, AS, dan Asia bahwa usia yang lebih tua menunjukkan sebagai faktor risiko untuk onset serta perkemangan Benign Prostatic Hyperlasia (BPH) (Lim, 2017). Pevelensi Benign Prostatic Hyperlasia (BPH) menurut World Health Organization (WHO, 2015) terdapat sekitar 70 juta dengan kasus degeneratif yaitu salah satunya BPH, dengan insiden di negara maju yaitu sebanyak 19%, sedangkan prevelensi di negara Asia sebanyak 59%. Pada tahun 2013 di Indonesia pasien BPH sebanyak 9,2 juta kasus yang diderita oleh laki-laki berusia diatas 60 tahun (Periode et al., 2017). Estimasi penderita prostat terbanyak yaitu di Provinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur

dengan estimasi penderita sebanyak 68.638 dan 61.230 orang (Kemenkes RI, 2013). Banyaknya jumlah kasus BPH di RS PKU Muhammadiyah Gombong 3 bulan terakhir yaitu sebanyak 36 pasien dan sebanyak 21 yang menjalani operasi TURP.

Dampak dari BPH (Benigna Prostate Hyperlasia) yaitu adanya rasa yang mengganggu pada saluran kemih bawah, terjadinya infeksi saluran kemih (ISK), hematuria, atau terjadinya gangguan pada fungsi saluran kemih bagian atas dan terjadinya hernia/ hemoroid yang dapat disebabkan karena pada waktu miksi pasien harus mengedan (Groat, 2014).

Penanganan yang dilakukan pada pasien BPH yaitu dapat dilakukan dengan berbagai cara diantaranya *watchfull waiting*, medikamentosa, serta tindakan pembedahan. TURP yaitu suatu tindakan pembedahan yang paling umum dilakukan pada pasien BPH untuk mengatasi pembesaran prostat dengan volume prostat 30-80 ml. TURP secara umum dapat memperbaiki gejala-gejala pada pasien BPH hingga mencapai 90% serta dapat meningkatkan pancaran urin yang keluar hingga 100% (Mochtar el al., 2015). Data yang diperoleh dari Amerika Serikat menunjukkan bahwa pasien yang dilakukan tindakan TURP sekitar 300.000 kali setiap tahun, di Indonesia hingga saat ini datanya belum dipublikasikan dengan lengkap. *Transurethral Resection Prostate (TURP)* merupakan tindakan pembedahan non insisi dengan cara pemotongan secara elektrik prostat melalui meatus uretralis, jaringan prostat yang membesar serta dapat menghalangi jalannya urine akan dihilangkan atau dibuang melalui eletrokauter serta dikeluarkan melalui irigasi dilator. Komplikasi setelah dilakukan tindakan TURP yaitu infeksi, inkontensia urine, obtruksi persisten, pergeseran kateter yang tidak sengaja serta perdarahan (Prabowo & Andi, 2014). Pasien yang dilakukan tindakan dengan operasi *Transurethral Resection Prostate (TURP)* dapat mengalami terjadinya rasa nyeri serta kecemasan yang menyebabkan terjadinya ketidaknyamanan serta terjadinya gangguan rasa aman (Goyena, 2019). Masalah keperawatan yang muncul pasca operasi TURP yaitu nyeri yang berhubungan dengan trauma jaringan (insisi operasi). Prevelensi nyeri

pasca operasi TURP yang dilakukan oleh Istikomah (2010), dengan sample 1490 klien rawat inap bedah, mendapatkan hasil nyeri sedang dan nyeri berat, angka nyeri mencapai hingga 41% dihari pertama pasca operasi TURP, 30% pada hari kedua, 19% hari ketiga pasca operasi TURP dan 14% pada hari ke empatpasca operasi TURP.

Nyeri merupakan pengalaman sensorik serta emosioal yang dirasakan ketika terjadi kerusakan jaringan baik secara aktual maupun secara potensial ataupun yang dapat digambarkan berupa kerusakan yang tidak menyenangkan (Bahrudin, 2018). Nyeri akut muncul ketika terjadinya trauma, jejas, spasmus, maupun penyakit yang terjadi pada kulit , struktur somatik, otot, ataupun organ dalam. Intensitas nyeri yang dirasakan akan berkurang sejalan dengan proses penyembuhan pada kerusakan jaringan (Ulfa, 2015). Pasien yang telah mengalami tindakan operasi sering mengalami adanya nyeri yang diakibatkan oleh adanya luka operasi akibat insisi pembedahan dan diakibatkan dari posisi yang dipertahankan oleh pasien selama prosedur pasca operasi, pada pasien post operasi mengalami nyeri dikarenakan terjadi adanya rangsangan mekanik luka yang dapat menyebabkan tubuh menghasilkan mediator-mediator kimia nyeri (Bruno, 2019).

Rangsangan nyeri akan diterima oleh nociceptors pada kulit bisa intesitas tinggi ataupun intensitas rendah seperti perenggangan serta lesi jaringan, maka sel yang mengalami nekrotik akan merilis K^+ serta protein intraseluler. Peningkatan kadar K^+ elekraseluler dapat menyebabkan depolarisasi nociceptor dan protein pada beberapa keadaan akan akan menginfiltrasi mikroorganisme sehingga dapat menyebabkan peradangan maupun inflamasi. Mediator nyeri akan dilepaskan seperti leukotrien, prostaglandin E2 dan juga histamine yang dapat merangsang nosiseptor, sehingga rasangsangan berbahaya maupun tidak berbahaya dapat menyebabkan rasa nyeri (hiperalgesia atau allodynia). Lesi juga mengaktifkan faktor pembekuan darah sehingga bradikinin serta serotonin akan merangsang nosiseptor, jika terjadi okulasi pembuluh darah maka akan

menyebabkan terjadinya iskemia yang dapat menyebabkan akumulasi K^+ ekstraseluler serta H^+ yang akan mengaktifkan nosiseptor. Histamin, bradikinin serta prostaglandin E_2 memiliki efek vasodilator serta meningkatnya permeabilitas pembuluh darah, maka hal ini dapat menyebabkan edema lokal, tekanan jaringan meningkat dan juga dapat terjadinya perangsangan nosisepto, jika nosisepto terangsang maka mereka akan melepaskan substansi peptide P (SP) serta kalsitonin gen terkait peptida (CGRP) yang dapat merangsang proses inflamasi serta akan menghasilkan vasodilatasi dan juga meningkatkan permeabilitas pembuluh darah. Vasokonstriksi (oleh serotonin) diikuti oleh vasodilatasi serta bertanggung jawab dalam serangan migraine. Perangsangan nosiseptor ini yang akan menyebabkan nyeri (Allan et al, 2010). Nyeri dimulai dari adanya stimulus penghasil nyeri, yang mengirimkan impuls dengan melalui serabut saraf perifer. Serabut nyeri memasuki medulla spinalis dan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf sehingga sampai didalam massa yang berwarna abu-abu (substansia grisea) di medulla spinalis. Pesan nyeri dapat berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor, mencegah stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak atau ditransmisi tanpa hambatan ke korteks serebri, setelah stimulus nyeri mencapai korteks serebri maka otak akan menginterpretasikan kualitas nyeri serta memproses informasi terkait pengalaman dan pengetahuan yang lalu serta asosiasi kebudayaan dalam mempersepsikan nyeri (Mutaqim, 2008).

Nyeri post operasi harus dijadikan perhatian yang utama dari perawat profesional ketika melakukan tindakan nyeri pasca operasi, adanya rasa nyeri dapat menyebabkan gangguan intake nutrisi serta dapat mengganggu aktifitas istirahat pada pasien serta dapat terjadi kontribusi terhadap komplikasi dimana dapat memperlambat masa sembuh pada pasien/ hospitalisasi. Penderita BPH (Benigna Prostat Hyperlasia) dengan post operasi akan mengalami kehilangan kontrol serta emosi yang dapat meningkatkan persepsi nyeri pada pasien (Mangku G dkk, 2015). Dari segi penderita, rasa nyeri dipengaruhi oleh fisik, psikis maupun emosi,

pengalaman masa lalu terhadap rasa nyeri, karakter dari individu, serta sosial kultural (Widya, 2010)

Nyeri dapat diatasi dengan menggunakan cara farmakologi dengan menggunakan obat-obatan ataupun dapat diatasi dengan cara non-farmakologi, terapi dengan farmakologi menggunakan obat yang berfungsi untuk mengurangi rasa nyeri analgesik, pada tipe terapi non farmakologi yang dapat mengurangi rasa nyeri dapat digunakan dengan cara terapi musik, mural, kompres, teknik relaksasi, massage, dan aroma terapi (Smeltzer, 2015). Salah satu terapi relaksasi yang dapat mengurangi rasa nyeri yaitu *Slow Deep Breathing (SDB)*. *Slow Deep Breathing* merupakan tindakan yang dilakukan dengan sadar dan ketenangan yang bertujuan mengatur pernafasan secara lambat yang dapat mengakibatkan efek relaksasi, manfaat teknik ini bertujuan untuk mengatasi, stress, hipertensi, nyeri, serta gangguan penyakit pernafasan (Tarwoto, 2011).

Slow Deep Breathing merupakan teknik relaksasi nafas dalam yang dapat menurunkan rasa nyeri dengan cara merangsang susunan syaraf pusat yaitu sumsum tulang belakang dan otak untuk memproduksi endorfin yang berfungsi untuk penghambat nyeri. Menurut Jerath, Edry, Barnes dan Jerath (2012) menyatakan bahwa penurunan metabolisme ketika melakukan pernafasan lambat dapat mempengaruhi sistem saraf otonom melalui penghambatan sinyal reseptor peregangan serta arus hiperpolarisasi melalui jaringan saraf serta non saraf dengan mensinkronkan elemen saraf yang berada di jantung, paru-paru, korteks serebri serta sistem limbik, selama inspirasi peregangan pada jaringan paru akan menghasilkan sinyal inhibitor atau penghambat yang menyebabkan adaptasi reseptor peregangan lambat atau *slowly adapting stretch receptors (SARs)* serta hiperpolarisasi pada fibroblas. Kedua penghambat hantaran impuls serta hiperpolarisasi dapat menyinkronkan unsur saraf menuju medulasi sistem saraf serta penurunan aktivitas metabolik sehingga dapat menurunkan intensitas nyeri. *Slow Deep Breathing* juga signifikan dalam meningkatkan aktivitas pada

saraf parasimpatis dimana disebut sebagai efek relaksasi sehingga dapat mengurangi rasa nyeri (Tarwoto, 2012).

Terapi non farmakologi banyak digunakan dalam mengatasi rasa nyeri yang dirasakan, dan dapat digunakan untuk pengobatan serta terapi dengan cara non farmakologi tidak memiliki efek samping. Alternatif yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri dengan non farmakologi yaitu dengan menggunakan aroma terapi, aroma terapi yang sering digunakan yaitu lincendana, cengkih, kemangi, kenanga, lavender, melati, kayu manis, dan jasmin. Lavender banyak dikembangkan di dunia karena banyak mengandung kasiat diantaranya dapat digunakan sebagai anxiolytic, antidepresi, anti konvulsan, efek sedatif, sebagai minyak penenang yang bersifat menenangkan yang disebabkan karena adanya senyawa senyawa *coumarin* yang terkandung di dalam minyak lavender. Aroma terapi lavender memiliki zat aktif yang terkandung di dalamnya, zat tersebut akan merangsang hipotalamus yang berguna untuk memproduksi serta mengeluarkan endorfin, proses ini terjadi ketika aroma terapi dihisap. Endorfin merupakan zat yang menimbulkan rasa tenang, rileks serta bahagia, endorfin yaitu dapat dikenal dengan hormon kebahagiaan serta memiliki efek analgesik/mengurangi nyeri (McCullough, 2018).

Mekanisme inhalasi terhadap rasa nyeri merupakan perjalanan masuknya aromaterapi, ketika minyak aromaterapi dihirup, dimana molekul-molekul yang mudah menguap (volatile) akan dibawa oleh arus udara ke atas hidung dimana silia-silia lembut akan muncul dari sel-sel reseptor, saat molekul tersebut menempel pada rambut suatu pesan akan ditransmisikan dengan melalui bola serta saluran olfaktori menuju sistem limbik sehingga akan merangsang memori serta respon emosional. Hipotalamus akan berperan sebagai regulator serta relay yang akan memunculkan pesan yang akan disampaikan ke otak dan bagian badan lainnya kemudian pesan tersebut akan diubah sebagai tindakan yang berupa pelepasan senyawa elektrokimia yang dapat menyebabkan kesenangan yang berlebih (euphoria), rileks atau sedative. Sistem limbik digunakan dalam

dalam ekspresi emosional, bau yang dihasilkan dari aromaterapi berkaitan dengan gugus steroid yang terjadi didalam kelenjar keringat dan dapat disebut dengan osmon yang berfungsi sebagai penenang kimia secara alami, respon bau yang dihasilkan selanjutnya akan merangsang pada kerja sel neurokimia pada otak sehingga bau yang dirasakan akan menstimulus thalamus yang berfungsi untuk mengeluarkan enkefalin yang berfungsi sebagai penghilang rasa sakit alami serta dapat menghasilkan perasaan yang sejahtera (Dwijayanti, Wening dkk, 2014). Hal tersebut dapat dinyatakan bahwa aromaterapi akan merangsang keluarnya hormone enkefalin, serotonin, serta hormone endorphin, dimana enkefalin dapat menimbulkan terjadinya hambatan presinaptik serta menimbulkan hambatan pasca synaptic pada serabut nyeri tipe C dan juga tipe delta A yang bersinaps di kornu dorsalis, dimana proses tersebut akan mencapai inhibisi dengan cara penghambatan saluran kalsium. Penghambatan rasa nyeri tersebut dengan memblokir reseptor nyeri sehingga rasa nyeri tidak akan dikirim menuju korteks serebri dan kemudian akan menurunkan persepsi nyeri. Sesuai dengan teori gate control yang dibuat oleh Melzack dan Wall yaitu implus nyeri diberikan ketika sebuah pertahanan dibuka serta ketika implus nyeri dihambat ketika sebuah pertahanan ditutup kemudian akan menurunkan rasa nyeri yang dirasakan oleh seseorang (Dwijayanti, Wening dkk, 2014).

Pemberian aroma terapi dengan cara inhalasi dapat dilakukan berbagai cara dengan dihirup melalui telapak tangan, dengan dihirup ditisu, maupun dengan penguapan (Dwijayanti, 2014). Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Haryanti dengan judul pengaruh pemberian aromaterapi lavender terhadap nyeri pada ibu post SC pada hari pertama diruang bersalin di rumah sakit Pertamina bintang amin Bandar Lampung dengan menggunakan pra eksperimen yang menggunakan pendekatan one grup pretest serta posttest dengan sample 37 kasus maka hasil penelitian menunjukkan sebelum diberikan aroma terapi lavender sebesar 5,8378 dan setelah dilakukan pemberian aroma terapi lavender dengan dihirup kepada ibu post SC dengan nilai rata-rata 3,4054 sehingga terdapat pengaruh dalam

pemberian aroma terapi lavender dengan cara dihirup terhadap nyeri pada pasien post SC dengan (p value = 0,000) (Haryanti, 2019)

Berdasarkan uraian diatas maka peneliti dapat menilai dan memerlukan dilakukannya asuhan keperawatan dengan teknik kombinasi *Slow Deep Breathing (SDB)* dan aroma terapi lavender untuk mengurangi nyeri pada pasien post operasi pada pasien BPH.

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Menjelaskan Analisa Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Benign Prostatic Hypelasia (BPH)* Dengan Terapi *Slow Deep Breathing* Dan Aroma Terapi Lavender Untuk Mengurangi Nyeri Post Operasi *Transurethral Of The Prostate (TURP)* Di RS PKU Muhammadiyah Gombong

2. Tujuan Khusus

- a. Memaparkan hasil pengkajian pada pasien post operasi BPH dengan nyeri akut di RS PKU Muhammadiyah Gombong
- b. Memaparkan hasil analisa data pada pasien post operasi BPH dengan nyeri akut di RS PKU Muhammadiyah Gombong
- c. Memaparkan hasil intervensi keperawatan pada pasien post operasi BPH dengan nyeri akut di RS PKU Muhammadiyah Gombong
- d. Memaparkan hasil implementasi keperawatan pada pasien post operasi BPH dengan nyeri akut di RS PKU Muhammadiyah Gombong
- e. Memaparkan hasil evaluasi keperawatan pada pasien post operasi BPH dengan nyeri akut pdi RS PKU Muhammadiyah Gombong
- f. Memaparkan hasil analisa inovasi keperawatan (sebelum dan sesudah tindakan) pada pasien post operasi BPH dengan nyeri akut di RS PKU Muhammadiyah Gombong

C. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat Keilmuan

Sebagai salah satu masukan serta sumbangan ilmiah dalam pengembangan ilmu pengetahuan yang khususnya terkait dengan efektivitas pemberian terapi kombinasi slow deep breathing dan aroma terapi lavender untuk mengurangi nyeri pada pasien post operasi BPH, sehingga dapat dipergunakan sebagai bahan penelitian yang akan diambil selanjutnya serta sebagai bahan pustaka.

2. Manfaat Aplikatif

a. Penulis

Pengalaman yang berharga bagi peneliti untuk dapat menambah pengetahuan, wawasan serta pengalaman mengembangkan diri dalam melakukan penelitian keperawatan medikal bedah

b. Rumah Sakit/Puskesmas

Sebagai salah satu masukan untuk rumah sakit untuk meningkatkan pelayanan dalam pemberian asuhan keperawatan khususnya pada pasien post operasi BPH dengan masalah keperawatan nyeri akut

c. Masyarakat/Pasien

Diharapkan dapat memberikan pengetahuan maupun informasi terkait dengan penanganan nyeri post operasi BPH bagi pasien dan keluarga dalam menentukan penanganan yang tepat

DAFTAR PUSTAKA

- (IAUI). (2017). *Pembesaran Prostat Jinak (Benigna Prostate Hiperlasia)*, 8-33.
- Afiyanti, Y., Rohmawati, I. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta : PT Jaya Grafindo
- Allan, I., Basbaum., Diana, M., *et al* . (2010). *Celluler and Moleculer Mechanisme Of Pain*. NIH Public Acess.
- Andarmoyo, S. (2013). *Konsep Dan Proses Keperawatan Nyeri* . Yogyakarta : Ar-Ruzz Media.
- Anggraeni, S. (2010). *The Effecting Of Abdominal Lifthing And Counter Pressuro For Pospartum Pains Whitin Stage I Active Phase In Tidar General Muhmadiyah Malang*.
- Astina, I., Utama, S., & Utomo, W. (2015). Efektivitas Kombinasi Tenkik Slow Deep Breathing dan Teknik Effleurage Terhadap Intensitas Nyeri Disminore. *Jurnal Keperawatan Universitas Riau*. 2(2), 1169.
- Bahrudin & Mochamad. (2018). *Patofisiologi Nyeri (Pain)*. Saintika Medika, 13(1), 7.
- Bruno, L. (2019). *Journal Of Chemical Information And Modeling* 53 (9). *Karakteristik Lansia Yang Mengalami Inkonensia Urine* , 1689-1699.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Singapura: Elseiver Inc
- Carpenito, L, J. (2013). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan. Edisi 10*. Jakarta : EGC
- Doenges, M. E., Marry, F. M., & Alice, C. G. (2010). *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman Untuk Perencanaan Dan Pendokumentasian* Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Dwijayanti, W. (2014). *Efek Aromaterapi Lavender Inhalasi Terhadap Intensitas Nyeri Pasca Sectio Caesarea*. *Med Hosp*. 2(2)120-5
- Fadhlina. (2018). *Perbandingan Perubahan Tekanan Darah Dan Laju Nadi Antara Pemberian Petidin Dan Fentanil Sebagai Premedikasi (Skripsi)*. Surakarta. Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret.
- Goyena, R. (2019). *Journal Of Chenical Information And Modeling. Journal Of Chenical Information And Modeling*, 53(9). 1689-1699.
- Haryanti, R. P; Patria, A. (2019). Pengaruh Pemberian Aroma Terapi Lavender Terhadap Nyeri Pada Ibu Post Sectio Caesare Hari Pertama di Ruang Bersalin Rumah Sakit Pertamina Bintang Amin Bandar Lampung. *Manuju: Malahayai Nursing Journal*, 1(2): 140-7

- Haryono, R. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah Kelainan Bawaan Sistem Pencernaan*. Yogyakarta : Goesyen Publishing.
- Ismonah, Cahyaningrum, Arif. (2015). Pengaruh Slow Deep Breathing Terhadap Intensitas Nyeri Pasien Post Operasi ORIF Di RS Telogorejo Semarang. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan* 1(1)
- Istikomah. (2010). *Pustaka Kesehatan Populer Saluran Pencernaan*. Jakarta : PT Bahana Ilmu Populer
- Jerath, R., Edry, J. W., Barnes, V. A., Jerath, V. (2012). Physioly Of Long Praanayamic Breathing : Neural Respiratory Element May Provide a Mecanism That Explain How Slow Deep Breathing Shifts The Outonomic Nervous System. *Medical Hypothesis*, 67, 566-571
- Joyce dkk. (2014). *Medical Surgical Nursing Vol 2*. Jakearta : Selemba Medika .
- Kemekes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar RIKESDAS* . Jakarta : Balitbang Kemekes RI.
- Kusuma, N. &. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic Noc. Edisi Revisi Jilid 2*. Yogyakarta : Mediaction Jogja .
- Lim, K. Bin. (2017). *Epidemiologi Hiperlasia Prostat Jinak Science Direct*. 7-11
- McCullough JEM, Liddlea SD, Closeb. C, Sinclaira M, Hughes CM.(2018). Reflexology: A Randomised Controlled Trial Investgating The Effects Onbeta Endorphin, Cortigating Pregnancy Related Stress. *ESEVIER*. 31 : 76-84 .
- Mochtar, C.A., Umbas, R., Soebadi, D. M., Rasyid, N., Noegroho, B.S., Poernomo. B. B.,... Hamid, A. R. A. H. (2015). Pedoman Penatalaksanaan Klinis Pembesaran Prostat Jinak (Benigna Prostat Hiperlasia). *Indonesian Urological Association*, 1-27.
- Mubarak. (2015). *Promosi Kesehatan* . Yogyakarta : Graha Ilmu .
- Mustaqim. (2014). *Asuhan Kepeprawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta : Selemba Medika
- Notoatmodjo. (2012). *Metode Penelitian Ilmu Keperawatan* . Jakarta : Selemba Medika .
- Parwanto, H. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah II*. Jakarta : Kemenkes RI.
- Periode, M., Juli, J., Monoarfa, A., & Wagiu, A. (2017). *Gambaran Benigna Prostat Hiperlasia Di Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou*. 2014-2016.
- Pokja Tim SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Cetakan ke 2. Jakarta Selatan: Dewan pengurus Pusat PPNI 2016.

- Pokja Tim SIKI DPP PPNI. (2016). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Cetakan ke 2. Jakarta Selatan: Dewan pengurus Pusat PPNI 2016.
- Pokja Tim SLKI DPP PPNI. (2016). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Cetakan ke 2. Jakarta Selatan: Dewan pengurus Pusat PPNI 2016.
- Potter, & Perry. (2006). *Buku ajar Fundamental Keperawatan : Konsep Proses dan Praktik*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Prabowo, E. &. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan* . Yogyakarta : Nuha Medika .
- Presti J, et al. 2013. *Neoplasm Of The Prostate Gland*. USA: The Mc Graw Hill Compaines Inc.
- Purnomo. (2011). *Dasar Dasar Urologi* . Jakarta : CV Infomedika .
- Purwanto, Hadi. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah II*. Jakarta : Kemenkes
- Rohmah, N. (2014). *Proses Keperawatan Teori Dan Aplikasi*. Yogyakarta : Ar-Ruzz Media
- Smeltzer. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Alih Bahasa, Waluyo Agung, Yasmin Asih, Juli, Kuncara I Made Karyato* . Jakarta : EGC .
- Tanto. (2014). *Kapita Selekta Kedokteran. Edisi 4 Jilid 1*. Jakarta : Medika Esculapius.
- Tarwoto. (2012). Pengaruh Latihan Slow Deep Breathing Terhadap Intensitas Nyeri Kepala Akut Pada Pasien Cedera Kepala Ringan. *Journal Health Quality*. 2.4. 201
- Ulfa, N. (2015). *Penilaian Nyeri Neuropatik*. 133-136



LAMPIRAN

ASKEP 1

Tanggal masuk : 09 April 2021 jam 10.30 WIB
Tanggal pengkajian : 13 April 2021 jam 08.30 WIB
Ruang : Multzam
Pengkaji : Dewi Anggraeni

1. DATA SUBYEKTIF

A. Identitas pasien

Nama : Tn. T
Umur : 66 Tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Petani
Alamat : Adimulyo
Diagnose medis : Post Op TURP (BPH)
No. RM : 0034xx

B. Penanggung jawab

Nama : Ny. D
Umur : 35 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Adimulyo
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Hubungan dengan pasien : Anak

C. Keluhan utama

Nyeri pada luka post operasi TURP

D. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan saat ini

Pasien dari poliklinik bedah urologi tanggal 9 April 2021 jam 10.30 WIB, dengan keluhan nyeri jika BAK, keluar sedikit mengejan saat BAK, pasien mengeluh susah BAK kurang lebih sejak 1,5 bulan, pasien terpasang DC kateter no. 16 dari puskesmas Adimulyo, hasil pemeriksaan fisik TD: 180/80 mmHg, Nadi 115x/menit, suhu : 36,6 C, RR : 18x/menit. Pasien dilakukan operasi TURP pada tanggal 12 April 2021 dari jam 08.30-jam 09.55 WIB. Pada saat dikaji pada tanggal 13 April 2021 jam 08.30 WIB post TURP, pasien mengeluh nyeri post operasi. P : Pasien mengatakan nyeri saat bergerak dan merasa ingin BAK, berkurang saat istirahat. Q : Nyeri seperti disayat-sayat. R : Nyeri pada penis. S : Skala nyeri 5. T : Nyeri terus menerus. Pasien tampak meringis menahan nyeri, tampak lemah, terpasang 3 way kateter dan irigasi water sterilisasi. TD : 153/82 mmHg. Nadi : 110 x/menit, RR: 18x/menit, Suhu : 36,5 C.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah sakit seperti ini, pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi, riwayat perokok 6-7 batang perhari

3) Riwayat kesehatan keluarga

Dalam keluarga pasien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit seperti yang diderita pasien. Dalam keluarga pasien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, DM, Jantung dan tidak ada riwayat penyakit menular seperti TB, HIV, dll.

E. Pola pemenuhan kebutuhan dasar Virginia Henderson

1) Pola pernafasan

Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak memiliki gangguan dalam pernafasannya

Saat dikaji : pasien tidak mengalami gangguan dalam pernafasan, RR 18x/menit

2) Pola nutrisi

Sebelum sakit : pasien mengatakan makan 3x sehari 1 porsi, komposisi nasi, sayur, lauk, dan minum kurang lebih 8 gelas/hari dengan menggunakan air putih dan teh.

Saat dikaji : pasien mengatakan nafsu makan menurun karena nyeri, makanan hanya habis $\frac{1}{2}$ porsi dari yang disediakan oleh RS dan minuman yang diberikan rumah sakit, minum sekitar 3 gelas/ hari

3) Pola eliminasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan BAB normal 1 kali sehari pagi hari, berkonsistensi lunak, berwarna kuning, tidak ada lender dan BAK 2-3 x/hari dengan warna jernih.

Saat dikaji : pasien mengatakan belum BAB sejak masuk RS, Pasien dilakukan tindakan operasi TURP dan saat ini terpasang DC irigasi dan urine bag berwarna kemerahan

4) Pola aktivitas

Sebelum sakit : pasien mengatakan mampu beraktivitas secara mandiri tanpa bantuan orang lain

Saat dikaji : pasien mengatakan semua aktivitas dengan dibantu keluarga

5) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : pasien mengatakan mampu beraktivitas secara mandiri tanpa bantuan orang lain, pasien istirahat 5-8 jam perhari

Saat dikaji : pasien mengatakan susah tidur karena nyeri, pasien istirahat hanya sekitar 3-4 jam perhari

6) Pola aman nyaman

Sebelum sakit : pasien mengatakan aman dan nyaman didekat keluarga dan kondisinya

Saat dikaji : pasien terlihat kurang nyaman atas kondisi kesehatannya saat ini

7) Pola personal hygiene

Sebelum sakit : pasien mengatakan mandi dua kali sehari dan sikat gigi 2x sehari secara mandiri, memakai sampo 2x seminggu dan memakai sabun setiap mandi

Saat dikaji : pasien mandi sehari 1 kali dengan cara diseka

8) Pola berpakaian

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat berpakaian secara mandiri, ganti baju 2x/ hari

Saat dikaji : pasien dibantu keluarga dalam memakai pakaian

9) Pola spiritual

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat melakukan ibadah sholat 5 waktu dengan rutin

Saat dikaji : pasien melakukan ibadah sholat dan berdoa di tempat tidur

10) Pola berkomunikasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat berkomunikasi dengan orang lain dengan baik dan lancar, serta dapat dimengerti oleh orang lain dengan jelas.

Saat dikaji : pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan jelas, serta dapat dipahami oleh orang lain.

11) Pola bermain dan rekreasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan jika ada waktu luang pergi rekreasi dengan keluarga

Saat dikaji : pasien mengatakan hanya bisa berbaring saja

12) Pola pertahanan suhu

Sebelum sakit : pasien mengatakan memakai pakaian tebal saat merasakan dingin dan menggunakan pakaian yang tipis jika merasa kepanasan

Saat dikaji : pasien menggunakan baju dan selimut tipis S : 36,5 derajat celcius

13) Pola bekerja

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat bekerja sebagai petani

Saat dikaji : Pasien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur

14) Pola belajar

Sebelum sakit : pasien mengatakan mencari informasi melalui televisi dan HP

Saat dikaji : pasien hanya berbaring ditempat tidur dan bertanya kepada keluarga dan perawat.

2. DATA OBYEKTIF

A. Pemeriksaan umum

- 1) Keadaan umum (KU) : Baik
- 2) Kesadaran : Composmetis (E4, V5, M6)
- 3) TD : 153/82 mmHg
- 4) Nadi : 110 x/menit
- 5) Suhu : 36,5
- 6) RR : 18 x/menit

B. Pemeriksaan fisik

- 1) Kepala
Mesocephal, tidak ada lesi, rambut agak beruban, tidak ada benjolan dan bersih
- 2) Mata
Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, isokor, reflek pupil 2/2, reflek cahaya +/+.
- 3) Hidung
Simetris, tidak ada lesi, tidak ada sumbatan, tidak ada perdarahan dan tidak ada tanda-tanda infeksi.
- 4) Mulut
Mukosa bibir kering, tidak ada peradangan, tidak sariawan
- 5) Telinga
Simetris, bersih, terdapat serumen dalam batas normal, tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

6) Leher

Baik, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid

7) Dada

a) Paru

- Inspeksi: Simetris, tidak ada lesi, tidak ada retraksi dinding dada, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, dan pernapasan dada.
- Palpasi : Ekspansi dinding dada simetris.
- Perkusi : Terdengar bunyi sonor.
- Auskultasi : Terdengar vesikuler dikedua paru-paru.

b) Jantung

- Inspeksi : Tidak terlihat pulsasi ictus cordis.
- Palpasi : Ictus cordis teraba di ICS ke 5.
- Perkusi : Terdengar bunyi pekak.
- Auskultasi : Terdengar bunyi lub dub di S1-S2.

8) Abdomen

- Inspeksi : Cembung, tidak ada luka dan jejas.
- Auskultasi : Bising usus 15x/menit
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.
- Perkusi : Terdengar bunyi tympani.

9) Ekstremitas

- a) Atas : Kekuatan otot kanan kiri 5/5, CRT < 2 detik, tidak ada luka dan tidak ada edema, terpasang IVFD RL 20 tpm di tangan kanan.
- b) Bawah : Kekuatan otot kanan kiri 5/5, CRT < 2 detik, tidak ada luka dan tidak ada edema.

10) Kulit

Turgor kulit lembab, bersih, tidak ada edema, dan akral hangat

11) Genetalia

Jenis kelamin laki-laki, terpasang kateter three way yang disambungkan dengan selang irigasi NACL 0,9 %, pasien

mengatakan nyeri pada penis post operasi saat bergerak, hilang saat istirahat, skala nyeri 5, nyeri seperti disayat-sayat, nyeri terus-menerus

C. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 9 April 2021

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
<u>DARAH LENGKAP</u>			
Leukosit	H 10.8	3.8-10.6	Rb/ul
Eritrosit	5.2	4.4-5.9	Juta/L
Hemoglobin	L 11.7	13.2-17.3	gr/dl
Hematokrit	47.6	40-52	%
MCV	90.2	80-100	fL
MCH	28.0	26-34	pg
MCHC	32.4	32-36	g/gl
Trombosit	251	150-440	rb/ul
<u>HITUNG JENIS</u>			
Basofil	0.9	0.0-1.0	%
Eosinofil	3.4	2.4-4.0	%
Netrofil	H 81.70	50.00-70.00	%
Limfosit	27.7	25.0-40.0	%
Monosit	7.2	2.0- 8.0	%
<u>KIMIA</u>			
Gula Darah Sewaktu	102	70-105	mg/dl
<u>FAAL GINJAL</u>			
Ureum	H 60	15-39	mg/dl
Creatinin	0.95	0.9-1.3	mg/dl

Pemeriksaan USG Urologi pada tanggal 09 April 2021

Kesan :

- Pembesaran disertai klasifikasi prostat
- Cystitis
- Multiple divertikel dengan ukuran terbesar kurang lebih 2.2 x 2.4 cm pada aspek inferoposterior vesika urinaria

D. Terapi obat

No	Nama obat	Dosis	Manfaat
1	Inj. Ranitidine	2x50 mg	Menangani gejala/penyakit produksi asam berlebih didalam lambung
2	Inj. Ketorolac	3x30 mg	Untuk meredakan nyeri dan peradangan
3	Inj. Ceftriaxon	2x 1 gr	Antibiotic, untuk mengobati jenis infeksi bakteri
4	Inj. Asam Traneksamat	3x500 mg	Untuk membantu menghentikan perdarahan
5	NACL 0,9%		Untuk pengobatan dehidrasi isotonic ekstraseluler, dapat sebagai pelarut, dapat mengurangi perdarahan/menutup pembuluh darah yang terbuka menjadi vasokonstriksi kemudian menutup serta mempercepat penyembuhan.
6	IVFD RL	20 tpm	Cairan hidrasi meringankan diare, luka bakar, kadar natrium rendah, hingga aritmia
7	Inj. Furosemid	2x20 mg	Untuk mengeluarkan kelebihan cairan dari dalam tubuh melalui urine

E. ANALISA DATA

13 April 2021

No	Data Fokus	Masalah	Penyebab	Diagnose Keperawatan
1	DS : Pasien mengatakan nyeri post operasi P : Pasien mengatakan nyeri nyeri saat bergerak dan hilang jika istirahat Q : nyeri seperti disayat-sayat R : nyeri pada penis S : nyeri pada skala 5 T : nyeri yang dirasakan terus-menerus DO : - TD pasien 153/82 mmHg - Nadi 110 x/menit - Suhu 36,5 derajat celcius - RR 18 x/menit, - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak meringis - Pasien tampak menahan sakit - Nafsu makan berubah	Nyeri akut (D.0077)	Agen Cidera Fisik (Post Op TURP)	Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik (Post Op TURP)

	- Pasien post operasi TURP			
2	DS : - DO : - Pasien post operasi TURP luka didalam kelenjar prostat - Hemoglobin 11.7 gr/dl - Terpasang kateter 3 way - Terdapat irigasi - Cairan irigasi berwarna merah - TD : 153/82 mmHg, suhu 36,5 - Nadi : 110 x/menit - RR : 18x/menit	Risiko Perdarahan (D.0012)	Prosedur Invasif	Risiko Perdarahan b.d prosedur invasif
3	DS : - DO : - Leukosit 10.8 Rb/ul - Terpasang kateter 3 way - Terdapat irigasi - TD : 153/82 mmHg, suhu 36,5 - Nadi : 110 x/menit - RR : 18x/menit - Pasien post operasi TURP	Risiko Infeksi (D.0142)	Prosedur infasif (alat selama pembedahan, kateter, irigasi)	Risiko Infeksi b.d Prosedur invasif (alat selama pembedahan, kateter irigasi)

Prioritas diagnose keperawatan

1. Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik (Post Op TURP)
2. Risiko Perdarahan b.d Prosedur invasif
3. Risiko Infeksi b.d Prosedur invasif (alat selama pembedahan, kateter, irigasi)

F. INTERVENSI

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)																		
1	Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik (Post Op TURP)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066) <table><tr><th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th></tr><tr><td>Keluhan nyeri</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Tekanan darah</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Nafsu makan</td><td>4</td><td>2</td></tr><tr><td>Frekuensi nadi</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Gelisah</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> Keterangan :	Indikator	A	T	Keluhan nyeri	2	4	Tekanan darah	2	5	Nafsu makan	4	2	Frekuensi nadi	3	5	Gelisah	3	5	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi, lokasi, karakteristik, frekuensi, durasi, intensitas nyeri, kualitas 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi skala nyeri non verbal 4. Idenfitikasi faktor apa yang dapat meperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan serta keyakinan tentang nyeri 6. Indentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 7. Monitor efek samping dari pemberian analgesik Terapeutik
Indikator	A	T																			
Keluhan nyeri	2	4																			
Tekanan darah	2	5																			
Nafsu makan	4	2																			
Frekuensi nadi	3	5																			
Gelisah	3	5																			

		1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun A. Awal T. Tujuan	1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. Jelaskan terkait dengan penyebab, pemicu, periode nyeri 2. Jelaskan strategi dalam meredakan nyeri 3. Anjurkan kepada pasien memonitor nyeri secara mandiri 4. Ajarkan teknik nonfarmakologi dalam mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Pemberian analgesik jika perlu
2	Risiko Perdarahan b.d Prosedur Invasif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah risiko perdarahan dapat	Pencegahan Pendarahan (I.02067) Observasi 1. Monitor tanda serta gejala perdarahan pada pasien

		teratasi dengan kriteria hasil: Tingkat perdarahan (L.05042) <table><tr><td>Indikator</td><td>A</td><td>T</td></tr><tr><td>Perdarahan pasca operasi</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Tekanan darah</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Membrane mukosa</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Denyut nadi</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Hemoglobin</td><td>3</td><td>5</td></tr></table> Keterangan : 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun A. Awal T. Tujuan	Indikator	A	T	Perdarahan pasca operasi	2	4	Tekanan darah	2	4	Membrane mukosa	2	4	Denyut nadi	3	5	Hemoglobin	3	5	2. Monitor nilai hematocrit /hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor tanda-tanda vital pasien Terapeutik 1. Pertahankan bed rest selama pasien perdarahan 2. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 3. Anjurkan kepada pasien segera melaporkan jika mengalami perdarahan 4. Anjurkan meningkatkan cairan dan nutrisi Kolaborasi 1. Kolaborasi produk darah jika memerlukan
Indikator	A	T																			
Perdarahan pasca operasi	2	4																			
Tekanan darah	2	4																			
Membrane mukosa	2	4																			
Denyut nadi	3	5																			
Hemoglobin	3	5																			
3	Risiko Infeksi b.d Prosedur invasif (alat selama pembedahan,	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan risiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil :	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda serta gejala infeksi pada pasien local dan sistemik Terapeutik																		

	kateter, irigasi)	Tingkat infeksi (L.14137)			1. Batasi jumlah pengunjung pasien 2. Beri perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum serta sesudah kontak dengan pasien serta lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi Edukasi 1. Jelaskan tanda serta gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa luka operasi 4. Anjurkan untuk meningkatkan nutrisi 5. Anjurkan untuk meningkatkan cairan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian imunisasi pada pasien jika perlu
		Indikator	A	T	
		Nafsu makan	4	2	
		Nyeri	2	4	
		Keterangan :			

1. Meningkat

2. Cukup meningkat

3. Sedang

4. Cukup menurun

5. Menurun

A. Awal

T. Tujuan

G. IMPLEMENTASI

Hari/Tgl/ Jam	No. Dx	Implementasi	Respon	Ttd
13/04/21 08.45 WIB	1,2, 3	Melakukan pengkajian kepada pasien	S: Pasien mengeluh nyeri post operasi, nyeri saat bergerak dan hilang saat istirahat, nyeri terasa seperti disayat-sayat nyeri terus menerus O: Pasien tampak meringis, tampak gelisah	Dewi
08.45 WIB	1	Mengkaji skala nyeri	S: Pasien mengatakan nyeri O: Skala nyeri 5	Dewi
08.40 WIB	1,2, 3,	Memonitor TTV	S :- O: TD : 153/82 mmHg. Nadi : 110 x/menit, RR: 18x/menit, Suhu : 36,5 C.	Dewi
09.00 WIB	1	Mengajarkan pasien teknik slow deep breathing dan terapi aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan bersedia diajari terapi untuk mengurangi nyeri O: Pasien tampak mengikuti instruksi pemberian terapi untuk menurunkan nyeri	Dewi
09.15 WIB	1	Mengkaji skala nyeri setelah diberikan terapi slow deep breathing dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan masih nyeri, sedikit berkurang O: Skala nyeri 4	Dewi

09.15 WIB	1,2, 3	Memonitor TTV	S: Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi O: TD : 149/96 mmHg, suhu 36 C, Nadi : 102 x/menit, RR : 20x/menit	Dewi
10.00 WIB	3	Memonitor DC Irigasi	S: - O: Pasien terpasang kateter 3 way, Traksi terpasang dengan baik, tidak ada sumbatan	Dewi
11.00 WIB	2	Memonitor warna cairan irigasi	S:- O: Warna cairan irigasi di urine bag berwarna merah	Dewi
11.20 WIB	1	Menganjurkan pasien untuk meningkatkan cairan dan nutrisi untuk meningkatkan Hb	S: Pasien mengatakan memahami apa yang telah disampaikan oleh perawat O: Pasien tampak memahami apa yang telah disampaikan oleh perawat	Dewi
13.00 WIB	3	Memberikan terapi sesuai dengan program	S: - O: Inj keterolak 30 mg Inj. kalnex 500 mg	Dewi
13.05 WIB	2	Menganjurkan pasien untuk istirahat tidur	S: Pasien mengatakan nyeri hilang jika istirahat terbangun karena nyeri O: Pasien tampak istirahat	Dewi
16.50 WIB	3	Mengkaji ulang skala nyeri sebelum dilakukan tindakan	S: Pasien mengatakan nyeri O: skala nyeri 6	Dewi

16.50 WIB	1,2, 3	inovasi keperawatan Mengajarkan pasien terapi slow deep breathing dan terapi aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan setelah melakukan terapi yang telah diajarkan, nyeri berkurang O: Pasien tampak melakukan terapi yang slow deep breathing dan aromaterapi lavender	Dewi
17.00 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri pasien setelah dilakukan terapi nonfarmakologi	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: Skala nyeri 4	Dewi
17.10 WIB	1,2, 3	Memonitor TTV	S: - O: TD: 155/95 mmHg, Nadi : 89, RR: 18x/menit, Suhu: 36,4 C	Dewi
14/04/21 08.50 WIB	1	Mengkaji skala nyeri pasien	S: Pasien mengatakan masih nyeri O: skala nyeri 4, hilang timbul	Dewi
08.50 WIB	1	Membimbing pasien untuk melakukan terapi slow deep breathing dan aromaterapi lavender untuk mengurangi nyeri	S: Pasien mengatakan bersedia dibimbing melakukan terapi untuk menurunkan nyeri O: Pasien tampak melakukan terapi	Dewi

09.00 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri setelah dilakukan terapi slow deep breathing dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: skala nyeri 3	Dewi
09.10 WIB	1,2, 3	Memonitor TTV	S: - O: TD: 155/93 mmHg, Nadi: 79x/menit, RR: 18x/menit, Suhu : 36 C	Dewi
09.15 WIB	1	Memfasilitasi pasien untuk istirahat tidur	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang jika istirahat O: Pasien tampak istirahat S: -	Dewi
10.00 WIB	3	Memonitor DC irigasi	O: Terpasang kateter 3 way, Traksi terpasang dengan baik, tidak ada sumbatan, warna cairan sudah tidak merah S: -	Dewi
10.10 WIB	2	Memonitor warna cairan irigasi	O: Warna cairan irigasi warna cairan sudah tidak merah S: - O: Inj Ketorolac 30 mg,	Dewi
13.00 WIB	1,2, 3	Memberikan terapi sesuai dengan program	kalnex 500 mg S: Pasien mengatakan nyeri hilang jika istirahat	Dewi
13.10 WIB	1	Menganjurkan pasien untuk istirahat tidur	O: Pasien tampak istirahat S: Pasien mengatakan nyeri	Dewi

16.30 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri sebelum dilakukan tindakan inovasi perawatan	O: skala nyeri 4 S: Pasien mengatakan	Dewi
16.45 WIB	1	Mendampingi pasien untuk melakukan terapi slow deep breathing dan terapi aromaterapi lavender	Setelah melakukan terapi yang telah diajarkan, nyeri berkurang O: Pasien tampak melakukan terapi yang slow deep breathing dan aromaterapi lavender S: Pasien mengatakan nyeri berkurang	Dewi
17.00 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri pasien setelah dilakukan terapi nonfarmakologi	O: Skala nyeri 3 S: -	Dewi
17.10 WIB	1,2,3	Memonitor TTV	O: TD: 150/86 mmHg, Nadi : 92, RR: 18x/menit, Suhu: 36,6 C	Dewi
15/04/21 08.40 WIB	1	Mengkaji skala nyeri	S: Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang O: skala nyeri 4 hilang timbul	Dewi
09.00 WIB	1	Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik slow deep breathing	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang saat melakukan terapi, pasien mengatakan suka dengan aromaterapi	Dewi

		dan aromaterapi lavender untuk mengurangi nyeri	lavender selain harum juga menenangkan O: Pasien tampak melakukan terapi dalam menurunkan nyerinya S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: Skala nyeri 2	
09.10 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri setelah diberikan terapi nonfarmakologi		Dewi
09.15 WIB	1,2, 3	Memoitor TTV	S: - O : TD: 144/92 mmHg, Nadi : 84, RR: 18x/menit, Suhu: 36,0 C	Dewi
10.00 WIB	2	Memantau warna irigasi	S:- O: Cairan irigasi tampak berwarna bening	Dewi
13.00 WIB	1	Memberikan terapi sesuai dengan program	S: - O: inj. Kalnex 500mg , Keterolak 30 mg	Dewi
13.10 WIB	1	Menganjurkan pasien untuk istirahat	S: - O: Pasien tampak istirahat	Dewi
16.30 WIB	1	Mengkaji skala nyeri sebelum dilakukan terapi slow deep breathing dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan saat ini nyeri sudah berkurang O: Skala nyeri 3	Dewi
16.50 WIB	1	Menganjurkan pasien untuk		Dewi

17.00 WIB	1	melakukan terapi slow deep breathing dan terapi aromaterapi lavender Mengkaji skala nyeri setelah dilakuakn terapi nonfarmakologi	S: Pasien mengatakan suka dengan aroma dari aromaterapi lavender O: Pasien tampak melakukan terapi sendiri S: Pasien mengatakan sudah tidak nyeri, nyeri hanya kadang-kadang O: Skala nyeri 2	Dewi
17.10 WIB	1,2, 3	Memonitor TTV	S:- O: TD : 149/98 mmHg, Nadi : 100x/menit, RR : 20x/menit, Suhu 36,4 C	Dewi

H. EVALUASI

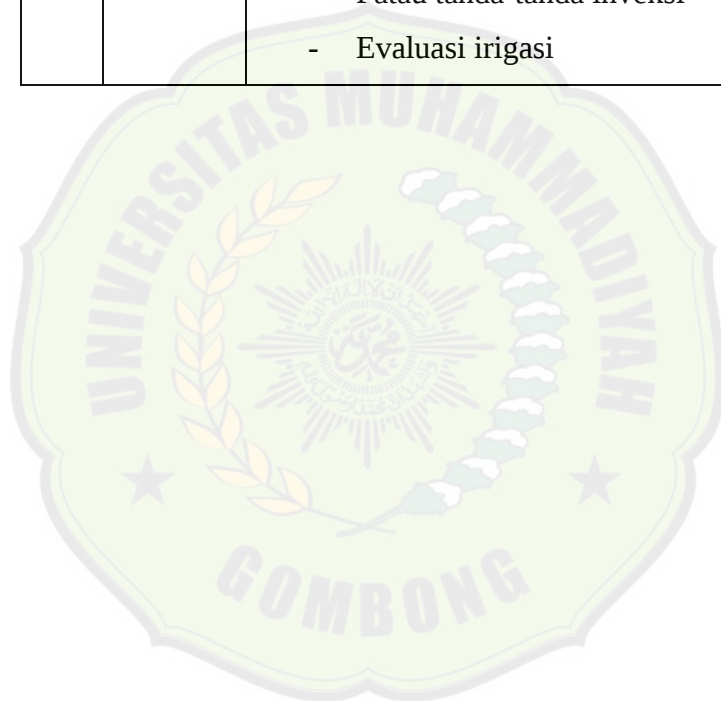
No Dx	Tgl/Jam	Evaluasi	Paraf
1	13/04/21 17.00 WIB	S: Pasien mengatakan masih nyeri P: Pasien mengatakan nyeri, nyeri saat bergerak dan hilang jika istirahat Q : nyeri seperti disayat-sayat R : nyeri pada bagian alat kemaluannya S : nyeri pada skala 4 T : nyeri yang dirasakan terusmenerus. O: Pasien tampak meringis, pasien tampak masih gelisah, TD pasien 155/95 mmHg, Nadi 89x/menit, suhu 36,4 derajat celcius, RR 18 x/menit.	Dewi

2	13/04/21 17.00 WIB	A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Manajemen nyeri - Mengkaji ulang skala nyeri - Monitor TTV - Ajarkan terapi non farmakologi - Berikan obat anagesik S: - O: Terpasang kateter 3 way, cairan dalam urine bag masih berwarna merah, TD pasien 155/95 mmHg, Nadi 89x/menit, suhu 36,4 derajat celcius, RR 18 x/menit. A: Masalah keperawatan risiko pendarahan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pantau tanda-tanda perdarahan - Evaluasi irigasi	Dewi
3	13/04/21 17.00 WIB	S:- O: Terpasang kateter 3 way, traksi tidak ada masalah, irigasi lancer warna cairan masih merah, TD pasien 155/95 mmHg, Nadi 89x/menit, suhu 36,4 derajat celcius, RR 18 x/menit. A: Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pemberian antibiotic - Patau tanda-tanda inveksi - Evaluasi irigasi	Dewi

1	14/04/21 17.00 WIB	S: Pasien mengatakan masih nyeri P: Pasien mengatakan nyeri, nyeri saat bergerak dan hilang jika istirahat Q : nyeri seperti disayat-sayat R : nyeri pada bagian alat kemaluannya S : nyeri pada skala 3 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul. O: Pasien tampak meringis, TD pasien 150/86 mmHg, Nadi 92x/menit, suhu 36,6 derajat celcius, RR 18 x/menit. A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Manajemen nyeri - Mengkaji ulang skala nyeri - Monitor TTV - Ajarkan terapi non farmakologi - Berikan obat anagesik	Dewi
2	14/04/21 17.00 WIB	S: - O: Terpasang kateter 3 way, cairan dalam urine bag sudah tidak berwarna merah, TD pasien 150/86 mmHg, Nadi 92x/menit, suhu 36,6 derajat celcius, RR 18 x/menit. A: Masalah keperawatan risiko pendarahan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pantau tanda-tanda perdarahan - Evaluasi irigasi	Dewi
3	14/04/21 17.00 WIB	S:- O: Terpasang kateter 3 way, traksi tidak ada masalah, irigasi lancer warna cairan sudah tidak	Dewi

		merah, TD pasien 150/86 mmHg, Nadi 92x/menit, suhu 36,6 derajat celcius, RR 18 x/menit. A: Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pemberian antibiotic - Patau tanda-tanda inveksi - Evaluasi irigasi	
1	25/04/21 17.00 WIB	S: Pasien mengatakan sudah tidak nyeri, nyeri hanya kadang-kadang, Skala nyeri 2 O: Pasien tampak lebih rileks, TD pasien 149/98 mmHg, Nadi 100x/menit, suhu 36,4 derajat celcius, RR 20 x/menit. A: Masalah keperawatan nyeri akut teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi Manajemen nyeri - Mengkaji ulang skala nyeri - Monitor TTV - Ajarkan terapi non farmakologi	Dewi
2	25/04/21 17.00 WIB	S: - O: Terpasang kateter 3 way, cairan dalam urine bag berwarna jernih, TD pasien 149/98 mmHg, Nadi 100x/menit, suhu 36,4 derajat celcius, RR 20 x/menit. A: Masalah keperawatan risiko pendarahan teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Evaluasi irigasi	Dewi
3	25/04/21	S:-	Dewi

	17.00 WIB	O: Terpasang kateter 3 way, traksi tidak ada masalah, irigasi lancer warna cairan bening, TD pasien 149/98 mmHg, Nadi 100x/menit, suhu 36,4 derajat celcius, RR 20 x/menit. A: Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pemberian antibiotic - Patau tanda-tanda inveksi - Evaluasi irigasi	
--	--------------	---	--



ASKEP 2

Tanggal masuk : 21 April 2021 jam 12.10 WIB
Tanggal pengkajian : 23 April 2021 jam 8.30 WIB
Ruang : Multizam
Pengkaji : Dewi Anggraeni

1. DATA SUBYEKTIF

A. Identitas pasien

Nama : Tn. S
Umur : 65 Tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Buruh
Alamat : Tambak
Diagnose medis : Post Op TURP (BPH)
No. RM : 0023xx

B. Penanggung jawab

Nama : Ny. T
Umur : 48 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Tambak
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Hubungan dengan pasien : Istri

C. Keluhan utama

Nyeri pada area kemaluan

D. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan saat ini

Tn. S datang ke IGD RS PKU Muhammadiyah Gombong 21 April 2021 pada pukul 06.40 WIB dengan keluhan nyeri perut bagian bawah sejak 5 hari yang lalu, pasien mengeluh sulit BAK, BAK sering tetapi sedikit-sedikit TD :156/80, RR: 18 x/menit, Nadi: 97 x/menit, Suhu 36,4 derajat celcius. Saat di IGD pasien mendapatkan terapi Nacl 20 tpm, ceftriaxone 1 gram, antrain 500 mg dan pemasangan DC no 16. Pasien masuk ke ruang multazam pada tanggal 21 april 2021 jam 12.10 WIB. Pasien dilakukan tindakan operasi TURP pada hari kamis, 22 april 2021 jam 07.00 dan selesai jam 08.00 WIB. Saat dilakukan pengkajian Jumat 23 April 2021 jam 8.30 WIB pasien mengeluh nyeri pada area kemaluannya post operasi TURP, nyeri timbul saat bergerak dan hilang jika istirahat, nyeri terasa seperti disayat-sayat nyeri hilang timbul dengan skala nyeri 6. Pasien tampak meringis, TD pasien 150/80 mmHg, Nadi 90x/menit, suhu 36 derajat celcius, RR 20 x/menit.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat dirumah sakit.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Dalam keluarga pasien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit seperti yang diderita pasien. Dalam keluarga pasien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, DM, Jantung dan tidak ada riwayat penyakit menular seperti TB, HIV, dll.

E. Pola pemenuhan kebutuhan dasar Virginia Henderson

1) Pola pernafasan

Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak memiliki gangguan dalam pernafasannya

Saat dikaji : pasien tidak mengalami gangguan dalam pernafasan, RR 20x/menit

2) Pola nutrisi

Sebelum sakit : pasien mengatakan makan 3x sehari 1 porsi, komposisi nasi, sayur, lauk, dan minum kurang lebih 8 gelas/hari dengan menggunakan air putih dan teh.

Saat dikaji : pasien mengatakan nafsu makan menurun karena nyeri, makanan hanya habis $\frac{1}{2}$ porsi dari yang disediakan oleh RS dan minuman yang diberikan rumah sakit, minum sekitar 4 gelas/ hari

3) Pola eliminasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan BAB normal 1 kali sehari pagi hari, berkonsistensi lunak, berwarna kuning, tidak ada lender dan BAK 2-3 x/hari dengan warna jernih.

Saat dikaji : pasien mengatakan BAB 1x/hari, Pasien dilakukan tindakan operasi TURP dan saat ini terpasang DC irigasi

4) Pola aktivitas

Sebelum sakit : pasien mengatakan mampu beraktivitas secara mandiri tanpa bantuan orang lain

Saat dikaji : pasien mengatakan semua aktivitas dengan dibantu keluarga

5) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : pasien mengatakan mampu beraktivitas secara mandiri tanpa bantuan orang lain

Saat dikaji : pasien mengatakan susah tidur karena nyeri yang dirasakan, sehingga menyebabkan sering terbangun saat tidur

6) Pola aman nyaman

Sebelum sakit : pasien mengatakan aman dan nyaman didekat keluarga dan kondisinya

Saat dikaji : pasien terlihat kurang nyaman atas kondisi kesehatannya saat ini

7) Pola personal hygiene

Sebelum sakit : pasien mengatakan mandi dua kali sehari dan sikat gigi 2x sehari secara mandiri, memakai sampo 2x seminggu dan memakai sabun setiap mandi

Saat dikaji : pasien mandi sehari 1 kali dengan cara diseka

8) Pola berpakaian

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat berpakaian secara mandiri, ganti baju 2x/ hari

Saat dikaji : pasien dibantu keluarga dalam memakai pakaian

9) Pola spiritual

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat melakukan ibadah sholat 5 waktu dengan rutin

Saat dikaji : pasien melakukan ibadah sholat dan berdoa di tempat tidur

10) Pola berkomunikasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat berkomunikasi dengan orang lain dengan baik dan lancar, serta dapat dimengerti oleh orang lain dengan jelas.

Saat dikaji : pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan jelas, serta dapat dipahami oleh orang lain.

11) Pola bermain dan rekreasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan jika ada waktu luang pergi rekreasi dengan keluarga

Saat dikaji : pasien mengatakan hanya bisa berbaring saja

12) Pola pertahanan suhu

Sebelum sakit : pasien mengatakan memakai pakaian tebal saat merasakan dingin dan menggunakan pakaian yang tipis jika merasa kepanasan

Saat dikaji : pasien menggunakan baju dan selimut tipis S : 36 derajat celcius

13) Pola bekerja

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat bekerja sebagai buruh

Saat dikaji : Pasien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur

14) Pola belajar

Sebelum sakit : pasien mengatakan mencari informasi melalui televisi dan HP

Saat dikaji : pasien hanya berbaring ditempat tidur dan bertanya kepada keluarga dan perawat.

2. DATA OBYEKTIF

A. Pemeriksaan umum

- 1) Keadaan umum (KU) : Baik
- 2) Kesadaran : Compos metis (E4, V5, M6)
- 3) TD : 150/80 mmHg
- 4) Nadi : 90 x/menit
- 5) Suhu : 36
- 6) RR : 20 x/menit

B. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Mesocephal, tidak ada lesi, rambut hitam, tidak ada benjolan dan bersih

2) Mata

Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, isokor, reflek pupil 2/2, reflek cahaya +/+.

3) Hidung

Simetris, tidak ada lesi, tidak ada sumbatan, tidak ada perdarahan dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

4) Mulut

Mukosa bibir lembab, tidak ada peradangan, tidak sariawan

5) Telinga

Simetris, bersih, terdapat serumen dalam batas normal, tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

6) Leher

Baik, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid

7) Dada

c) Paru

- Inspeksi: Simetris, tidak ada lesi, tidak ada retraksi dinding dada, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, dan pernapasan dada.
- Palpasi : Ekspansi dinding dada simetris.
- Perkusi : Terdengar bunyi sonor.
- Auskultasi : Terdengar vesikuler dikedua paru-paru.

d) Jantung

- Inspeksi : Tidak terlihat pulsasi ictus cordis.
- Palpasi : Ictus cordis teraba di ICS ke 5.
- Perkusi : Terdengar bunyi pekak.
- Auskultasi : Terdengar bunyi lub dub di S1-S2.

8) Abdomen

- Inspeksi : Cembung, tidak ada luka dan jejas.
- Auskultasi : Bising usus 15x/menit
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.
- Perkusi : Terdengar bunyi tympani.

9) Ekstremitas

- a) Atas : Kekuatan otot kanan kiri 5/5, CRT < 2 detik, tidak ada luka dan tidak ada edema, terpasang IVFD RL 20 tpm di tangan kanan.
- b) Bawah : Kekuatan otot kanan kiri 5/5, CRT < 2 detik, tidak ada luka dan tidak ada edema.

10) Kulit

Turgor kulit lembab, bersih, tidak ada edema, dan akral hangat

11) Genetalia

Jenis kelamin laki-laki, terpasang kateter three way yang disambungkan dengan selang irigasi NACL 0,9 %

C. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 21 April 2021

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
<u>DARAH LENGKAP</u>			
Leukosit	4.87	3.8-10.6	Rb/ul
Eritrosit	5.32	4.4-5.9	Juta/L
Hemoglobin	15.0	13.2-17.3	gr/dl
Hematokrit	47.6	40-52	%
MCV	90.2	80-100	fL
MCH	28.0	26-34	pg
MCHC	L 31.4	32-36	g/gl
Trombosit	251	150-440	rb/ul
<u>HITUNG JENIS</u>			
Basofil	0.9	0.0-1.0	%
Eosinofil	3.4	2.4-4.0	%
Netrofil	H 70.4	50.00-70.00	%
Limfosit	L 21.7	25.0-40.0	%
Monosit	7.2	2.0- 8.0	%
<u>KIMIA</u>			
Gula Darah Sewaktu	96	70-105	mg/dl
<u>FAAL GINJAL</u>			
Ureum	27	15-39	mg/dl
Creatinin	H 1.35	0.9-1.3	mg/dl

Pemeriksaan EKG pada tanggal 21 April 2021

Hasil : Sinus Rhythm, RR: 84 x/m.

Pemeriksaan USG Urologi 21 April 2021

Hasil : pembesaran prostat dengan ukuran terbesar sekitar 2.2 x 2.8 cm

D. Terapi obat

No	Nama obat	Dosis	Manfaat
1	Ranitidine	2x50 mg	Menangani gejala/penyakit produksi asam berlebih didalam lambung
2	Ketorolac	3x30 mg	Untuk meredakan nyeri dan peradangan
3	Cefazoline	2x 1 gr	Antibiotic, untuk mengobati jenis infeksi bakteri
4	Kalnex	3x500 mg	Untuk membantu menghentikan perdarahan
5	NACL 0,9%		Untuk pengobatan dehidrasi isotonic ekstraseluler, dapat sebagai pelarut, dapat mengurangi perdarahan/menutup pembuluh darah yang terbuka menjadi vasokonstriksi kemudian menutup serta mempercepat penyembuhan.
6	IVFD RL	20 tpm	Cairan hidrasi meringankan diare, luka bakar, kadar natrium rendah, hingga aritmia

E. ANALISA DATA

No	Data Fokus	Masalah	Penyebab	Diagnose Keperawatan
1	DS : Pasien mengatakan nyeri P : Pasien mengatakan nyeri pada alat kemaluannya post TURP, nyeri saat bergerak dan hilang jika istirahat Q : nyeri seperti disayat-sayat R : nyeri pada alat kemaluannya S : nyeri pada skala 6 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul. DO : - TD pasien 150/80 mmHg - Nadi 90x/menit - Suhu 36 derajat celcius - RR 20 x/menit, - Pasien tampak meringis - Pasien tampak menahan sakit - Sulit tidur	Nyeri akut (D.0077)	Agen Cidera Fisik (Post Op TURP)	Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik (Post Op TURP)

	- Pasien post operasi TURP			
2	DS : - DO : - Pasien post operasi TURP luka didalam kelenjar prostat - Terpasang kateter 3 way - Terdapat irigasi - Cairan irigasi berwarna merah - TD : 150/80 mmHg, suhu 36 - Nadi : 90 x/menit RR : 20x/menit	Risiko Perdarahan (D.0012)	Prosedur Invasif	Risiko Perdarahan b.d Prosedur Invasif
3	DS : - DO : - Terpasang kateter 3 way - Terdapat irigasi - TD : 150/80 mmHg, suhu 36 - Nadi : 90 x/menit - RR : 20x/menit - Pasien post operasi TURP	Resiko Infeksi (D.0142)	Prosedur infasif (alat selama pembedahan, kateter, irigasi)	Resiko Infeksi b.d Prosedur invasif (alat selama pembedahan, kateter irigasi)

Prioritas diagnose keperawatan

1. Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik (Post Op TURP)
2. Risiko Perdarahan b.d Prosedur Invasif

3. Risiko Infeksi b.d Prosedur invasif (alat selama pembedahan, kateter, irigasi)

F. INTERVENSI

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)															
1	Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik (Post Op TURP)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066) <table><tr><th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th></tr><tr><td>Keluhan nyeri</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Sulit tidur</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Tekanan darah</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Nafsu makan</td><td>4</td><td>2</td></tr></table> Keterangan : 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	Indikator	A	T	Keluhan nyeri	2	4	Sulit tidur	2	5	Tekanan darah	2	5	Nafsu makan	4	2	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi, lokasi, karakteristik, frekuensi, durasi, intensitas nyeri, kualitas 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi skala nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor apa yang dapat memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan serta keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang telah diberikan
Indikator	A	T																
Keluhan nyeri	2	4																
Sulit tidur	2	5																
Tekanan darah	2	5																
Nafsu makan	4	2																

		A. Awal T. Tujuan	9. Monitor efek samping dari pemberian analgesik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis serta sumber nyeri ketika memilih strategi dalam meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan terkait dengan penyebab, pemicu, periode nyeri 2. Jelaskan strategi dalam meredakan nyeri 3. Anjurkan kepada pasien memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan kepada pasien menggunakan analgesic dengan tepat
--	--	---------------------------------	--

			5. Ajarkan teknik nonfarmakologi dalam mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Pemberian analgesik jika perlu									
2	Risiko Perdarahan b.d Prosedur Invasif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah risiko perdarahan dapat teratasi dengan kriteria hasil: Tingkat perdarahan (L.05042) <table><tr><td>Indikator</td><td>A</td><td>T</td></tr><tr><td>Perdarahan pasca operasi</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Tekanan darah</td><td>2</td><td>4</td></tr></table> Keterangan : 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun A. Awal T. Tujuan	Indikator	A	T	Perdarahan pasca operasi	2	4	Tekanan darah	2	4	Pencegahan Pendarahan (I.02067) Observasi 1. Monitor tanda serta gejala perdarahan pada pasien 2. Monitor nilai hematocrit /hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor tanda-tanda vital pasien Terapeutik 1. Pertahankan bed rest selama pasien perdarahan 2. Batasi tindakan invasive jika diperlukan 3. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 4. Anjurkan kepada pasien segera melaporkan jika mengalami perdarahan Kolaborasi 1. Kolaborasi produk darah jika memerlukan
Indikator	A	T										
Perdarahan pasca operasi	2	4										
Tekanan darah	2	4										

3	Risiko Infeksi b.d Prosedur invasif (alat selama pembedahan, kateter, irigasi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan risiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil : Tingkat infeksi (L.14137) <table><tr><td>Indikator</td><td>A</td><td>T</td></tr><tr><td>Nafsu makan</td><td>4</td><td>2</td></tr><tr><td>Nyeri</td><td>2</td><td>4</td></tr></table> Keterangan : 6. Meningkat 7. Cukup meningkat 8. Sedang 9. Cukup menurun 10. Menurun B. Awal T. Tujuan	Indikator	A	T	Nafsu makan	4	2	Nyeri	2	4	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda serta gejala infeksi pada pasien local dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung pasien 2. Beri perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum serta sesudah kontak dengan pasien serta lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi Edukasi 1. Jelaskan tanda serta gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa luka operasi 4. Anjurkan untuk meningkatkan nutrisi 5. Anjurkan untuk meingkatkan cairan Kolaborasi
Indikator	A	T										
Nafsu makan	4	2										
Nyeri	2	4										

			1. Kolaborasi pemberian imunisasi pada pasien jika perlu
--	--	--	--

G. IMPLEMENTASI

Hari/Tgl/ Jam	No. Dx	Implementasi	Respon	Ttd
23/04/21 08.30 WIB	1,2, 3	Melakukan pengkajian kepada pasien	S: Pasien mengeluh nyeri pada area kemaluannya post TURP, nyeri saat bergerak dan hilang saat istirahat, nyeri terasa seperti disayat-sayat, nyeri hilang timbul O: Pasien tampak meringis	Dewi
08.30 WIB	1	Mengkaji skala nyeri	S: Pasien mengatakan nyeri O: Skala nyeri 6	Dewi
08.45 WIB	1,2, 3	Memonitor TTV	S: Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat hipertensi O: TD : 150/80 mmHg, suhu 36 C, Nadi : 90 x/menit, RR : 20x/menit	Dewi
09.00 WIB	1	Mengajarkan pasien teknik slow deep breathing dan terapi aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan bersedia diajari terapi untuk mengurangi nyeri O: Pasien tampak mengikuti instruksi pemberian terapi untuk menurunkan nyeri	Dewi

09.15 WIB	1	Mengkaji skala nyeri setelah dilakukan terapi slow deep breathing dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: Skala nyeri 5	Dewi
10.00 WIB	3	Memonitor DC Irigasi	S: - O: Traksi terpasang dengan baik, tidak ada sumbatan, warna cairan agak merah	Dewi
11.00 WIB	2	Memonitor warna cairan irigasi	S: - O: Warna cairan irigasi berwarna agak merah	Dewi
11.20 WIB	3	Menganjurkan pasien untuk meningkatkan cairan	S: Pasien mengatakan mau minum air putih banyak O: Pasien menghabiskan air kurang lebih 4 gelas dalam sehari	Dewi
13.00 WIB	1,2, 3	Memberikan terapi sesuai dengan program	S: - O: Inj Ranitidine 50 mg Inj Ketorolac 30 mg, kalnex 500 mg	Dewi
13.05 WIB	1	Menganjurkan pasien untuk istirahat tidur	S: Pasien mengatakan nyeri hilang jika istirahat, tetapi sering terbangun karena nyeri O: Pasien tampak istirahat	Dewi
16.50 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri sebelum dilakukan tindakan inovasi	S: Pasien mengatakan nyeri O: skala nyeri 6	Dewi

16.50 WIB	1	keperawatan Mengajarkan pasien terapi slow deep breathing dan terapi aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan setelah melakukan terapi yang telah diajarkan, nyeri berkurang O: Pasien tampak melakukan terapi yang slow deep breathing dan aromaterapi lavender	Dewi
17.00 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri pasien setelah dilakukan terapi nonfarmakologi	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: Skala nyeri 5	Dewi
17.10 WIB	1,2, 3	Memonitor TTV	S: - O: TD: 143/87 mmHg, Nadi : 99, RR: 20x/menit, Suhu: 36,6 C	Dewi
24/04/21 08.50 WIB	1	Mengkaji skala nyeri pasien	S: Pasien mengatakan masih nyeri O: skala nyeri 5, hilang timbul	Dewi
08.50 WIB	1	Membimbing pasien untuk melakukan terapi slow deep breathing dan aromaterapi lavender untuk mengurangi nyeri	S: Pasien mengatakan bersedia dibimbing melakukan terapi untuk menurunkan nyeri O: Pasien tampak melakukan terapi	Dewi
09.00 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri setelah	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: skala nyeri 3	Dewi

09.30 WIB	1,2, 3	dilakukan terapi slow deep breathing dan aromaterapi lavender Memonitor TTV	S: - O: TD: 139/78 mmHg, Nadi: 88x/menit, RR: 20x/menit, Suhu : 36,2 C S: -	Dewi
10.00 WIB	3	Memonitor DC irigasi	O: Traksi terpasang dengan baik, tidak ada sumbatan, warna cairan merah S: -	Dewi
10.10 WIB	2	Memonitor warna cairan irigasi	O: Warna cairan irigasi masih sedikit berwarna merah S: -	Dewi
13.05 WIB	1,2, 3	Memberikan terapi sesuai dengan program	O: Inj Ranitidine 50 mg Inj Ketorolac 30 mg, kalnex 500 mg S: Pasien mengatakan nyeri hilang jika istirahat, tetapi sering terbangun karena nyeri	Dewi
13.10 WIB	1	Menganjurkan pasien untuk istirahat tidur	O: Pasien tampak istirahat	Dewi
16.30 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri sebelum dilakukan tindakan inovasi keperawatan	S: Pasien mengatakan nyeri O: skala nyeri 5	Dewi

16.45 WIB	1	Mendampingi pasien untuk melakukan terapi slow deep breathing dan terapi aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan setelah melakukan terapi yang telah diajarkan, nyeri berkurang O: Pasien tampak melakukan terapi yang slow deep breathing dan aromaterapi lavender	Dewi
17.00 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri pasien setelah dilakukan terapi nonfarmakologi	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: Skala nyeri 4	Dewi
17.10 WIB		Memonitor TTV	S: - O: TD: 140/80 mmHg, Nadi : 92, RR: 20x/menit, Suhu: 36,5 C	Dewi
25/04/21 08.40 WIB	1	Mengkaji skala nyeri	S: Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang O: skala nyeri 4 hilang timbul	Dewi
09.00 WIB	1	Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik slow deep breathing dan aromaterapi lavender untuk mengurangi nyeri	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang saat melakukan terapi, pasien mengatakan suka dengan aromaterapi lavender selain harum juga menenangkan O: Pasien tampak melakukan terapi dalam menurunkan nyerinya	Dewi

09.10 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri setelah diberikan terapi nonfarmakologi	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: Skala nyeri 2	Dewi
09.15 WIB	1,2, 3	Memonitor TTV	S: - O: TD: 137/77, Nadi : 96x/menit, RR : 20x/menit, Suhu : 36,7 C	Dewi
10.00 WIB	2	Memantau warna irigasi	S:- O: Cairan irigasi tampak berwarna bening	Dewi
13.00 WIB	1	Memberikan terapi sesuai dengan program Menganjurkan	S: - O: inj. Ranitidin 50mg , Keterolak 30 mg	Dewi
13.10 WIB	1	pasien untuk istirahat	S: - O: Pasien tampak istirahat	Dewi
16.30 WIB	1	Mengkaji skala nyeri sebelum dilakukan terapi slow deep breathing dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan saat ini nyeri sudah berkurang O: Skala nyeri 3	Dewi
16.50 WIB	1	Menganjurkan pasien untuk melakukan terapi slow deep breathing dan terapi aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan suka dengan aroma dari aromaterapi lavender O: Pasien tampak melakukan terapi sendiri	Dewi

17.00 WIB	1	Mengkaji skala nyeri	S: Pasien mengatakan sudah tidak nyeri, nyeri hanya kadang-kadang O: Skala nyeri 2	Dewi
17.10 WIB	1,2, 3	Memonitor TTV	S:- O: TD : 132/81 mmHg, Nadi : 85x/menit, RR : 20x/menit, Suhu 36,1 C	Dewi

H. EVALUASI

No Dx	Tgl/Jam	Evaluasi	Paraf
1 17.00 WIB	23/04/21	S: Pasien mengatakan masih nyeri P: Pasien mengatakan nyeri, nyeri saat bergerak dan hilang jika istirahat Q : nyeri seperti disayat-sayat R : nyeri pada bagian alat kemaluannya S : nyeri pada skala 5 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul. O: Pasien tampak meringis, TD pasien 143/87 mmHg, Nadi 99x/menit, suhu 36,6 derajat celcius, RR 20 x/menit. A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Manajemen nyeri - Mengkaji ulang skala nyeri - Monitor TTV - Ajarkan terapi non farmakologi - Berikan obat anagesik	Dewi

2	23/04/21 17.00 WIB	S: - O: Terpasang kateter 3 way, cairan dalam urine bag masih agak berwarna merah, TD pasien 143/87 mmHg, Nadi 99x/menit, suhu 36,6 derajat celcius, RR 20 x/menit. A: Masalah keperawatan risiko pendarahan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pantau tanda-tanda perdarahan - Evaluasi irigasi	Dewi
3	23/04/21 17.00 WIB	S:- O: Terpasang kateter 3 way, traksi tidak ada masalah, irigasi lancer warna cairan agak merah, TD pasien 143/87 mmHg, Nadi 99x/menit, suhu 36,6 derajat celcius, RR 20 x/menit. A: Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pemberian antibiotic - Patau tanda-tanda inveksi - Evaluasi irigasi	Dewi
1	24/04/21 17.00 WIB	S: Pasien mengatakan masih nyeri P: Pasien mengatakan nyeri, nyeri saat bergerak dan hilang jika istirahat Q : nyeri seperti disayat-sayat R : nyeri pada bagian alat kemaluannya S : nyeri pada skala 4 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul. O: Pasien tampak meringis, TD pasien 140/80 mmHg, Nadi 92x/menit, suhu 36,5 derajat celcius, RR 20 x/menit.	Dewi

2	24/04/21 17.00 WIB	A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Manajemen nyeri - Mengkaji ulang skala nyeri - Monitor TTV - Ajarkan terapi non farmakologi - Berikan obat anagesik S: - O: Terpasang kateter 3 way, cairan dalam urine bag masih agak berwarna merah, TD pasien 140/80 mmHg, Nadi 92x/menit, suhu 36,5 derajat celcius, RR 20 x/menit. A: Masalah keperawatan risiko pendarahan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pantau tanda-tanda perdarahan - Evaluasi irigasi S:-	Dewi
3	24/04/21 17.00 WIB	O: Terpasang kateter 3 way, traksi tidak ada masalah, irigasi lancer warna cairan agak merah, TD pasien 140/80 mmHg, Nadi 92x/menit, suhu 36,5 derajat celcius, RR 20 x/menit. A: Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pemberian antibiotic - Patau tanda-tanda inveksi - Evaluasi irigasi	Dewi

1	25/04/21 17.00 WIB	S: Pasien mengatakan nyeri hanya kadang-kadang sudah berkurang dari hari kemarin , Skala nyeri 2 O: Pasien tampak lebih rileks, TD pasien 132/81 mmHg, Nadi 85x/menit, suhu 36,1 derajat celcius, RR 20 x/menit. A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Manajemen nyeri - Mengkaji ulang skala nyeri - Monitor TTV - Ajarkan terapi non farmakologi	Dewi
2	25/04/21 17.00 WIB	S: - O: Terpasang kateter 3 way, cairan dalam urine bag berwarna jernih, TD pasien 132/81 mmHg, Nadi 85x/menit, suhu 36,1 derajat celcius, RR 20 x/menit. A: Masalah keperawatan risiko pendarahan teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Evaluasi irigasi	Dewi
3	25/04/21 17.00 WIB	S:- O: Terpasang kateter 3 way, traksi tidak ada masalah, irigasi lancer warna cairan bening, TD pasien 132/81 mmHg, Nadi 85x/menit, suhu 36,1 derajat celcius, RR 20 x/menit. A: Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pemberian antibiotic	Dewi

		- Patau tanda-tanda inveksi - Evaluasi irigasi	
--	--	---	--



ASKEP 3

Tanggal masuk : 09 Mei 2021 jam 18.40 WIB
Tanggal pengkajian : 12 Mei 2021 jam 8.30 WIB
Ruang : Multizam
Pengkaji : Dewi Anggraeni

1. DATA SUBYEKTIF

A. Identitas pasien

Nama : Tn. SR
Umur : 63 Tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Petani
Alamat : Karanggayam
Diagnose medis : Post Op TURP (BPH)
No. RM : 0036xx

B. Penanggung jawab

Nama : Ny. F
Umur : 33 Tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Alamat : Karanggayam
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Pedagang
Hubungan dengan pasien : Anak

C. Keluhan utama

Nyeri pada area kemaluan post operasi

D. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan saat ini

Pasien dibawa ke ruang Multazam dari IGD pada tanggal 09 Mei 2021 jam WIB 18.40 WIB, dengan keluhan nyeri saat BAK, keluar darah saat BAK, mengejan saat BAK, Kencing terputus-putus, merasa tidak puas saat kencing, pancaran kencing lemah dan sering terbangun di malam hari sejak kurang lebih 1 minggu yang lalu. Hasil pemeriksaan TD 165/95 mmHg, nadi 101 x/menit, suhu 36,4 C, RR 20x/menit. Saat di IGD pasien mendapatkan terapi RL 20 tpm, ceftriaxone 1 gram, antrain 500 mg dan pemasangan DC no 16. Pasien dilakukan tindakan operasi TURP pada tanggal 11 Mei 2021 jam 09.00-10.00 WIB. Pada saat di kaji pada tanggal 12 Mei 2021 jam 08.30 WIB pasien mengeluh nyeri pada area post operasi, P : Pasien mengeluh nyeri post operasi saat bergerak dan berkurang saat istirahat tidur, Q : Nyeri seperti di sayat-sayat, R : Nyeri pada bagian penis, S : Skala nyeri 6, T : Nyeri hilang timbul. Pasien tampak meringis menahan nyeri, terpasang kateter 3 way, 1 jalur untuk jalan keluar urin, 1 jalur untuk aliran irigasi dengan water steril dan 1 jalur untuk pengunci, terpasang infus di tangan kanan infus RL 20 tpm. TD : 157/89 mmHg, nadi 87x/menit, RR : 18 x/menit, Suhu 36,7 C.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat di rumah sakit dan pasien tidak memiliki riwayat sakit seperti hipertensi, DM, dll

3) Riwayat kesehatan keluarga

Dalam keluarga pasien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit seperti yang diderita pasien. Dalam keluarga pasien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, DM, Jantung dan tidak ada riwayat penyakit menular seperti TB, HIV, dll.

E. Pola pemenuhan kebutuhan dasar Virginia Henderson

1) Pola pernafasan

Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak memiliki gangguan dalam pernafasannya

Saat dikaji : pasien tidak mengalami gangguan dalam pernafasan, RR 20x/menit

2) Pola nutrisi

Sebelum sakit : pasien mengatakan makan 3x sehari 1 porsi, komposisi nasi, sayur, lauk, dan minum kurang lebih 8 gelas/hari dengan menggunakan air putih dan teh.

Saat dikaji : pasien mengatakan nafsu makan menurun karena nyeri, makanan hanya habis $\frac{1}{2}$ porsi dari yang disediakan oleh RS dan minuman yang diberikan rumah sakit, minum sekitar 5 gelas/ hari

3) Pola eliminasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan BAB normal 1 kali sehari pagi hari, berkonsistensi lunak, berwarna kuning, tidak ada lender dan BAK 2-3 x/hari dengan warna jernih.

Saat dikaji : pasien mengatakan BAB 1x/hari, Pasien dilakukan tindakan operasi TURP dan saat ini terpasang DC irigasi

4) Pola aktivitas

Sebelum sakit : pasien mengatakan mampu beraktivitas secara mandiri tanpa bantuan orang lain

Saat dikaji : pasien mengatakan semua aktivitas dengan dibantu keluarga

5) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : pasien mengatakan mampu beraktivitas secara mandiri tanpa bantuan orang lain

Saat dikaji : pasien mengatakan susah tidur karena nyeri yang dirasakan

6) Pola aman nyaman

Sebelum sakit : pasien mengatakan aman dan nyaman didekat keluarga dan kondisinya

Saat dikaji : pasien terlihat kurang nyaman atas kondisi kesehatannya saat ini

7) Pola personal hygiene

Sebelum sakit : pasien mengatakan mandi dua kali sehari dan sikat gigi 2x sehari secara mandiri, memakai sampo 2x seminggu dan memakai sabun setiap mandi

Saat dikaji : pasien mandi sehari 1 kali dengan cara diseka

8) Pola berpakaian

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat berpakaian secara mandiri, ganti baju 2x/ hari

Saat dikaji : pasien dibantu keluarga dalam memakai pakaian

9) Pola spiritual

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat melakukan ibadah sholat 5 waktu dengan rutin

Saat dikaji : pasien melakukan ibadah sholat dan berdoa di tempat tidur

10) Pola berkomunikasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat berkomunikasi dengan orang lain dengan baik dan lancar, serta dapat dimengerti oleh orang lain dengan jelas.

Saat dikaji : pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan jelas, serta dapat dipahami oleh orang lain.

11) Pola bermain dan rekreasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan jika ada waktu luang pergi rekreasi dengan keluarga

Saat dikaji : pasien mengatakan hanya bisa berbaring saja

12) Pola pertahanan suhu

Sebelum sakit : pasien mengatakan memakai pakaian tebal saat merasakan dingin dan menggunakan pakaian yang tipis jika merasa kepanasan

Saat dikaji : pasien menggunakan baju dan selimut tipis S : 36 derajat celcius

13) Pola bekerja

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat bekerja sebagai buruh

Saat dikaji : Pasien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur

14) Pola belajar

Sebelum sakit : pasien mengatakan mencari informasi melalui televisi dan HP

Saat dikaji : pasien hanya berbaring ditempat tidur dan bertanya kepada keluarga dan perawat.

2. DATA OBYEKTIF

A. Pemeriksaan umum

- 1) Keadaan umum (KU) : Baik
- 2) Kesadaran : Compos metis (E4, V5, M6)
- 3) TD : 157/89 mmHg
- 4) Nadi : 87 x/menit
- 5) Suhu : 36,7 C
- 6) RR : 18 x/menit

B. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Mesocephal, tidak ada lesi, rambut hitam, tidak ada benjolan dan bersih

2) Mata

Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, isokor, reflek pupil 2/2, reflek cahaya +/+.

3) Hidung

Simetris, tidak ada lesi, tidak ada sumbatan, tidak ada perdarahan dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

4) Mulut

Mukosa bibir lembab, tidak ada peradangan, tidak sariawan

5) Telinga

Simetris, bersih, terdapat serumen dalam batas normal, tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

6) Leher

Baik, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid

7) Dada

e) Paru

- Inspeksi: Simetris, tidak ada lesi, tidak ada retraksi dinding dada, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, dan pernapasan dada.
- Palpasi : Ekspansi dinding dada simetris.
- Perkusi : Terdengar bunyi sonor.
- Auskultasi : Terdengar vesikuler dikedua paru-paru.

f) Jantung

- Inspeksi : Tidak terlihat pulsasi ictus cordis.
- Palpasi : Ictus cordis teraba di ICS ke 5.
- Perkusi : Terdengar bunyi pekak.
- Auskultasi : Terdengar bunyi lub dub di S1-S2.

8) Abdomen

- Inspeksi : Cembung, tidak ada luka dan jejas.
- Auskultasi : Bising usus 15x/menit
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.
- Perkusi : Terdengar bunyi tympani.

9) Ekstremitas

- c) Atas : Kekuatan otot kanan kiri 5/5, CRT < 2 detik, tidak ada luka dan tidak ada edema, terpasang IVFD RL 20 tpm di tangan kanan.
- d) Bawah : Kekuatan otot kanan kiri 5/5, CRT < 2 detik, tidak ada luka dan tidak ada edema.

10) Kulit

Turgor kulit lembab, bersih, tidak ada edema, dan akral hangat

11) Genetalia

Jenis kelamin laki-laki, pasien mengeluh nyeri pada area kemaluannya post operasi, P : Pasien mengeluh nyeri post operasi saat bergerak dan berkurang saat istirahat tidur, Q : Nyeri seperti di sayat-sayat, R : Nyeri pada bagian penis, S : Skala nyeri 6, T : Nyeri terus-menerus, terpasang kateter three way yang disambungkan dengan selang irigasi NACL 0,9 %, cairan irigasi berwarna merah.

C. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 09 Mei 2021

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
<u>DARAH LENGKAP</u>			
Leukosit	9.9	3.8-10.6	Rb/ul
Eritrosit	5.32	4.4-5.9	Juta/L
Hemoglobin	L 12.7	13.2-17.3	gr/dl
Hematokrit	L 39,5	40-52	%
MCV	90.2	80-100	fL
MCH	29.0	26-34	pg
MCHC	35.2	32-36	g/gl
Trombosit	438	150-440	rb/ul
<u>HITUNG JENIS</u>			
Basofil	0.9	0.0-1.0	%
Eosinofil	3.4	2.4-4.0	%
Netrofil	60.5	50.00-70.00	%
Limfosit	32.5	25.0-40.0	%
Monosit	7.2	2.0- 8.0	%
<u>KIMIA</u>			
Gula Darah Sewaktu	103	70-105	mg/dl
<u>FAAL GINJAL</u>			

Ureum	22	15-39	mg/dl
Creatinin	1.3	0.9-1.3	mg/dl

Pemeriksaan EKG pada tanggal 09 Mei 2021

Hasil : Sinus Rhythm, RR: 87 x/m.

Pemeriksaan USG Up-Low-Abd 09 Mei 2021

Hasil : Hepatomegali, Cystitis, Hipertrofi Prostat dengan ukuran 3.4 x 2.8 cm

D. Terapi obat

No	Nama obat	Dosis	Manfaat
1	Ranitidine	2x50 mg	Menangani gejala/penyakit produksi asam berlebih didalam lambung
2	Ketorolac	3x30 mg	Untuk meredakan nyeri dan peradangan
3	Cefazoline	2x 1 gr	Antibiotic, untuk mengobati jenis infeksi bakteri
4	Kalnex	3x500 mg	Untuk membantu menghentikan perdarahan
5	NACL 0,9%		Untuk pengobatan dehidrasi isotonic ekstraseluler, dapat sebagai pelarut, dapat mengurangi perdarahan/menutup pembuluh darah yang terbuka menjadi vasokonstriksi kemudian menutup serta mempercepat penyembuhan.
6	IVFD RL	20 tpm	Cairan hidrasi meringankan diare, luka bakar, kadar natrium rendah, hingga aritmia

E. ANALISA DATA

Tanggal 09 Mei 2021

No	Data Fokus	Masalah	Penyebab	Diagnose Keperawatan
1	DS : Pasien mengatakan nyeri P : Pasien mengatakan nyeri pada alat kemaluannya post TURP, nyeri saat bergerak dan hilang jika istirahat Q : nyeri seperti disayat-sayat R : nyeri pada alat kemaluannya S : nyeri pada skala 6 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul. DO : - TD : 157/89 mmHg - Nadi 87x/menit - RR : 18 x/menit - Suhu 36,7 C - Pasien tampak meringis - Pasien tampak menahan sakit - Sulit tidur	Nyeri akut (D.0077)	Agen Cidera Fisik (Post Op TURP)	Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik (Post Op TURP)

	- Pasien post operasi TURP			
2	DS : - DO : - Pasien post operasi TURP luka didalam kelenjar prostat - Terpasang kateter 3 way - Terdapat irigasi - Cairan irigasi berwarna merah - hemoglobin 12.7 gr/dl - TD : 157/89 mmHg, - Nadi 87x/menit - RR : 18 x/menit - Suhu 36,7 C	Risiko Perdarahan (D.0012)	Prosedur Invasif	Risiko Perdarahan b.d Prosedur Invasif
3	DS : - DO : - Terpasang kateter 3 way - Terdapat irigasi - TD : 157/89 mmHg, - Nadi 87x/menit - RR : 18 x/menit - Suhu 36,7 C - Pasien post operasi TURP	Resiko Infeksi (D.0142)	Prosedur infasif (alat selama pembedahan, kateter, irigasi)	Resiko Infeksi b.d Prosedur invasif (alat selama pembedahan, kateter irigasi)

Prioritas diagnose keperawatan

1. Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik (Post Op TURP)
2. Risiko Perdarahan b.d Prosedur Invasif

- Risiko Infeksi b.d Prosedur invasif (alat selama pembedahan, kateter, irigasi)

F. INTERVENSI

Tanggal 09 Mei 2021

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)												
1	Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik (Post Op TURP)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066) <table><tr><td>Indikator</td><td>A</td><td>T</td></tr><tr><td>Keluhan nyeri</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Sulit tidur</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Tekanan darah</td><td>2</td><td>5</td></tr></table> Keterangan : 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun A. Awal T. Tujuan	Indikator	A	T	Keluhan nyeri	2	4	Sulit tidur	2	5	Tekanan darah	2	5	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi, lokasi, karakteristik, frekuensi, durasi, intensitas nyeri, kualitas 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi skala nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor apa yang dapat memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 7. Monitor efek samping dari pemberian analgesik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
Indikator	A	T													
Keluhan nyeri	2	4													
Sulit tidur	2	5													
Tekanan darah	2	5													

			2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. Jelaskan terkait dengan penyebab, pemicu, periode nyeri 2. Jelaskan strategi dalam meredakan nyeri 3. Anjurkan kepada pasien memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan kepada pasien menggunakan analgesic dengan tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologi dalam mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Pemberian analgesik jika perlu
2	Risiko Perdarahan b.d prosedur invasif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah risiko perdarahan dapat	Pencegahan Pendarahan (I.02067) Observasi 1. Monitor tanda serta gejala perdarahan pada pasien

		teratasi dengan kriteria hasil: Tingkat perdarahan (L.05042) <table><tr><td>Indikator</td><td>A</td><td>T</td></tr><tr><td>Perdarahan pasca operasi</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Tekanan darah</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Hb</td><td>4</td><td>2</td></tr></table> Keterangan : 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun A. Awal T. Tujuan	Indikator	A	T	Perdarahan pasca operasi	2	4	Tekanan darah	2	4	Hb	4	2	2. Monitor nilai hematocrit /hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor tanda-tanda vital pasien Terapeutik 1. Pertahankan bed rest selama pasien perdarahan 2. Batasi tindakan invasive jika diperlukan 3. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 4. Anjurkan kepada pasien segera melaporkan jika mengalami perdarahan Kolaborasi 1. Kolaborasi produk darah jika memerlukan
Indikator	A	T													
Perdarahan pasca operasi	2	4													
Tekanan darah	2	4													
Hb	4	2													
3	Risiko Infeksi b.d Prosedur invasif (alat selama pembedahan, kateter, irigasi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan risiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil : Tingkat infeksi (L.14137) <table><tr><td>Indikator</td><td>A</td><td>T</td></tr></table>	Indikator	A	T	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda serta gejala infeksi pada pasien local dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung pasien									
Indikator	A	T													

		Nafsu makan	4	2	2. Beri perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum serta sesudah kontak dengan pasien serta lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi Edukasi 1. Jelaskan tanda serta gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa luka operasi 4. Anjurkan untuk meningkatkan nutrisi 5. Anjurkan untuk meningkatkan cairan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian imunisasi pada pasien jika perlu
		Nyeri	2	4	

Keterangan :

1. Meningkat
2. Cukup meningkat
3. Sedang
4. Cukup menurun
5. Menurun

A. Awal
T. Tujuan

G. IMPLEMENTASI

Tanggal 09 Mei 2021

Hari/Tgl/ Jam	No. Dx	Implementasi	Respon	Ttd
09/05/21 08.30 WIB	1,2, 3	Melakukan pengkajian kepada pasien	S: Pasien mengeluh nyeri pada area kemaluannya post TURP, nyeri saat bergerak dan hilang saat istirahat, nyeri terasa seperti diiris-iris nyeri hilang timbul O: Pasien tampak meringis	Dewi
08.30 WIB	1	Mengkaji skala nyeri	S: Pasien mengatakan nyeri O: Skala nyeri 6	Dewi
08.45 WIB	1,2, 3	Memonitor TTV	S: Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat hipertensi O: TD : 157/89 mmHg, Nadi 87x/menit, RR : 18 x/menit, Suhu 36,7 C	Dewi
09.00 WIB	1	Mengajarkan pasien teknik slow deep breathing dan terapi aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan bersedia diajari terapi untuk mengurangi nyeri O: Pasien tampak mengikuti instruksi pemberian terapi untuk menurunkan nyeri	Dewi
09.15 WIB	1	Mengkaji skala nyeri setelah dilakukan terapi slow deep breathing	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: Skala nyeri 5	Dewi

10.00 WIB	3	dan aromaterapi lavender Memonitor DC Irigasi	S: - O: Traksi terpasang dengan baik, tidak ada sumbatan, warna cairan agak merah	Dewi
11.00 WIB	2	Memonitor warna cairan irigasi	S: - O: Warna cairan irigasi berwarna agak merah	Dewi
11.20 WIB	3	Menganjurkan pasien untuk meningkatkan cairan	S: Pasien mengatakan mau minum air putih banyak O: Pasien menghabiskan air kurang lebih 5 gelas dalam sehari	Dewi
13.00 WIB	1,2, 3	Memberikan terapi sesuai dengan program	S: - O: Inj Ketorolac 30 mg, kalnex 500 mg	Dewi
13.05 WIB	1	Menganjurkan pasien untuk istirahat tidur	S: Pasien mengatakan nyeri hilang jika istirahat, tetapi sering terbangun karena nyeri O: Pasien tampak istirahat	Dewi
16.50 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri sebelum dilakukan tindakan inovasi keperawatan	S: Pasien mengatakan nyeri O: skala nyeri 5	Dewi
16.50 WIB	1	Mengajarkan pasien terapi slow deep breathing dan	S: Pasien mengatakan setelah melakukan terapi	Dewi

17.00 WIB	1	terapi aromaterapi lavender Mengkaji ulang skala nyeri pasien setelah dilakukan terapi nonfarmakologi Memonitor TTV	yang telah diajarkan, nyeri berkurang O: Pasien tampak melakukan terapi yang slow deep breathing dan aromaterapi lavender S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: Skala nyeri 4	Dewi
17.10 WIB	1,2, 3		S: - O: TD: 153/95 mmHg, Nadi :79, RR: 18x/menit, Suhu: 36,2 C	Dewi
10/05/21 08.50 WIB	1	Mengkaji skala nyeri pasien	S: Pasien mengatakan masih nyeri O: skala nyeri 6, hilang timbul	Dewi
08.50 WIB	1	Membimbing pasien untuk melakukan terapi slow deep breathing dan aromaterapi lavender untuk mengurangi nyeri	S: Pasien mengatakan bersedia dibimbing melakukan terapi untuk menurunkan nyeri O: Pasien tampak melakukan terapi	Dewi
09.00 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri setelah dilakukan terapi slow deep breathing	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: skala nyeri 5	Dewi

09.30 WIB	1,2, 3	dan aromaterapi lavender Memonitor TTV	S: - O: TD: 144/76 mmHg, Nadi: 84x/menit, RR: 20x/menit, Suhu : 37,2 C	Dewi
10.00 WIB	3	Memonitor DC irigasi	S: - O: Traksi terpasang dengan baik, tidak ada sumbatan, warna cairan merah	Dewi
10.10 WIB	2	Memonitor warna cairan irigasi	S: - O: Warna cairan irigasi masih sedikit berwarna merah	Dewi
13.05 WIB	1,2, 3	Memberikan terapi sesuai dengan program	S: - O: Inj Ranitidine 50 mg Inj Ketorolac 30 mg, kalnex 500 mg	Dewi
13.10 WIB	1	Menganjurkan pasien untuk istirahat tidur	S: Pasien mengatakan nyeri hilang jika istirahat, tetapi sering terbangun karena nyeri O: Pasien tampak istirahat	Dewi
16.30 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri sebelum dilakukan tindakan inovasi keperawatan	S: Pasien mengatakan nyeri O: skala nyeri 6	Dewi
16.45 WIB	1	Mendampingi pasien untuk	S: Pasien mengatakan setelah melakukan terapi	Dewi

17.00 WIB	1	melakukan terapi slow deep breathing dan terapi aromaterapi lavender Mengkaji ulang skala nyeri pasien setelah dilakukan terapi nonfarmakologi Memonitor TTV	yang telah diajarkan, nyeri berkurang O: Pasien tampak melakukan terapi yang slow deep breathing dan aromaterapi lavender S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: Skala nyeri 4	Dewi
17.10 WIB			S: - O: TD: 143/77 mmHg, Nadi : 96, RR: 20x/menit, Suhu: 36,5 C	Dewi
11/05/21 08.40 WIB	1	Mengkaji skala nyeri	S: Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang O: skala nyeri 5 hilang timbul	Dewi
09.00 WIB	1	Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik slow deep breathing dan aromaterapi lavender untuk mengurangi nyeri	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang saat melakukan terapi, pasien mengatakan suka dengan aromaterapi lavender selain harum juga menenangkan O: Pasien tampak melakukan terapi dalam menurunkan nyerinya	Dewi
09.10 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri setelah	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang	Dewi

09.15 WIB	1	diberikan terapi nonfarmakologi Memonitor TTV	O: Skala nyeri 4 S: - O: TD: 154/92, Nadi : 110 x/menit, RR : 18x/menit, Suhu : 36 C	Dewi
10.00 WIB	2	Memantau warna irigasi	S:- O: Cairan irigasi tampak berwarna bening	Dewi
13.00 WIB	1	Memberikan terapi sesuai dengan program	S: - O: inj. Ranitidin 50mg , Keterolak 30 mg	Dewi
13.10 WIB	1	Menganjurkan pasien untuk istirahat	S: - O: Pasien tampak istirahat	Dewi
16.30 WIB	1	Mengkaji skala nyeri sebelum dilakukan terapi slow deep breathing dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan saat ini nyeri sudah berkurang O: Skala nyeri 4	Dewi
16.50 WIB	1	Menganjurkan pasien untuk melakukan terapi slow deep breathing dan terapi aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan suka dengan aroma dari aromaterapi lavender O: Pasien tampak melakukan terapi sendiri	Dewi
17.00 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri setelah diberikan terapi	S: Pasien mengatakan sudah tidak nyeri, nyeri hanya kadang-kadang	Dewi

17.10 WIB	1,2, 3	slow deep breathing dan aromaterapi lavender Memonitor TTV	O: Skala nyeri 3 S:- O: TD : 148/96 mmHg, Nadi : 83x/menit, RR : 18x/menit, Suhu 36,9 C	Dewi
--------------	-----------	---	---	------

H. EVALUASI

No Dx	Tgl/Jam	Evaluasi	Paraf
1	09/05/21 17.00 WIB	S: Pasien mengatakan masih nyeri P: Pasien mengatakan nyeri, nyeri saat bergerak dan hilang jika istirahat Q : nyeri seperti disayat-sayat R : nyeri pada bagian alat kemaluannya S : nyeri pada skala 4 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul. O: Pasien tampak meringis TD: 153/95 mmHg, Nadi :79, RR: 18x/menit, Suhu: 36,2 C A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Manajemen nyeri - Mengkaji ulang skala nyeri - Monitor TTV - Ajarkan terapi non farmakologi - Berikan obat anagesik S: -	Dewi
2	09/05/21		Dewi

3	17.00 WIB	O: Terpasang kateter 3 way, cairan dalam urine bag masih agak berwarna merah, TD: 153/95 mmHg, Nadi :79, RR: 18x/menit, Suhu: 36,2 C A: Masalah keperawatan risiko pendarahan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pantau tanda-tanda perdarahan - Evaluasi irigasi	Dewi
	09/10/21 17.00 WIB	S:- O: Terpasang kateter 3 way, traksi tidak ada masalah, irigasi lancer warna cairan agak merah, TD: 153/95 mmHg, Nadi :79, RR: 18x/menit, Suhu: 36,2 C A: Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pemberian antibiotic - Pantau tanda-tanda infeksi - Evaluasi irigasi	
1	10/05/21 17.00 WIB	S: Pasien mengatakan masih nyeri P: Pasien mengatakan nyeri, nyeri saat bergerak dan hilang jika istirahat Q : nyeri seperti disayat-sayat R : nyeri pada bagian alat kemaluannya S : nyeri pada skala 4 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul. O: Pasien tampak meringis, TD: 143/77 mmHg, Nadi : 96, RR: 20x/menit, Suhu: 36,5 C A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi	Dewi

2	10/05/21 17.00 WIB	P: Lanjutkan intervensi Manajemen nyeri - Mengkaji ulang skala nyeri - Monitor TTV - Ajarkan terapi non farmakologi - Berikan obat anagesik S: - O: Terpasang kateter 3 way, cairan dalam urine bag masih agak berwarna merah, TD: 143/77 mmHg, Nadi : 96, RR: 20x/menit, Suhu: 36,5 C A: Masalah keperawatan risiko pendarahan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pantau tanda-tanda perdarahan - Evaluasi irigasi S:- O: Terpasang kateter 3 way, traksi tidak ada masalah, irigasi lancer warna cairan agak merah, TD: 143/77 mmHg, Nadi : 96, RR: 20x/menit, Suhu: 36,5 C A: Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pemberian antibiotic - Pantau tanda-tanda infeksi - Evaluasi irigasi	Dewi
3	10/05/21 17.00 WIB	S:- O: Terpasang kateter 3 way, traksi tidak ada masalah, irigasi lancer warna cairan agak merah, TD: 143/77 mmHg, Nadi : 96, RR: 20x/menit, Suhu: 36,5 C A: Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pemberian antibiotic - Pantau tanda-tanda infeksi - Evaluasi irigasi	Dewi
1	11/05/21 17.00 WIB	S: Pasien mengatakan nyeri hanya kadang-kadang sudah berkurang dari hari kemarin , Skala nyeri 3	Dewi

		O: Pasien tampak lebih rileks, TD : 148/96 mmHg, Nadi : 83x/menit, RR : 18x/menit, Suhu 36,9 C A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Manajemen nyeri - Mengkaji ulang skala nyeri - Monitor TTV - Ajarkan terapi non farmakologi	
2	11/05/21 17.00 WIB	S: - O: Terpasang kateter 3 way, cairan dalam urine bag berwarna jernih TD : 148/96 mmHg, Nadi : 83x/menit, RR : 18x/menit, Suhu 36,9 C A: Masalah keperawatan risiko pendarahan teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Evaluasi irigasi	Dewi
3	11/05/21 17.00 WIB	S:- O: Terpasang kateter 3 way, traksi tidak ada masalah, irigasi lancer warna cairan bening, TD : 148/96 mmHg, Nadi : 83x/menit, RR : 18x/menit, Suhu 36,9 C A: Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pemberian antibiotic - Patau tanda-tanda inveksi - Evaluasi irigasi	Dewi

ASKEP 4

Tanggal masuk : 17 Mei 2021 jam 11.00 WIB
Tanggal pengkajian : 20 Mei 2021 jam 8.30 WIB
Ruang : Multizam
Pengkaji : Dewi Anggraeni

1. DATA SUBYEKTIF

A. Identitas pasien

Nama : Tn. K
Umur : 57 Tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Petani
Alamat : Buayan
Diagnose medis : Post Op TURP (BPH)
No. RM : 0053xx

B. Penanggung jawab

Nama : Ny. E
Umur : 39 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Petani
Agama : Islam
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Hubungan dengan pasien : Anak

C. Keluhan utama

Nyeri pada area kemaluan post operasi

D. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan saat ini

Pasien dari poliklinik bedah urologi tanggal 17 Mei 2021 jam 10.30 WIB, dengan keluhan tidak bisa BAK sejak kurang lebih 1 bulan, pasien terpasang DC dari RSUD Purwokondo 1 minggu yang lalu. Hasil pemeriksaan TD 140/70 mmHg, nadi 80 x/menit, suhu 36,4 C, RR 20x/menit. Pasien dikirim ke ruang Multazam tanggal 17 Mei 2021 jam 11.00 WIB. Pasien dilakukan tindakan operasi TURP pada tanggal 19 Mei 2021 jam 07.00-08.00 WIB. Pada saat di kaji pada tanggal 20 Mei 2021 jam 08.30 WIB pasien mengeluh nyeri pada area kemaluannya post operasi, P : Pasien mengeluh nyeri post operasi saat bergerak dan berkurang saat istirahat tidur, Q : Nyeri seperti di sayat-sayat, R : Nyeri pada bagian penis, S : Skala nyeri 6, T : Nyeri terus-menerus. Pasien tampak meringis menahan nyeri, terpasang kateter 3 way, 1 jalur untuk jalan keluar urin, 1 jalur untuk aliran irigasi dengan water steril dan 1 jalur untuk pengunci, terpasang infus di tangan kanan infus RL 20 tpm. TD : 140/95 mmHG, nadi 108x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu 36,3 C.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat dirumah sakit dan pasien tidak memiliki riwayat sakit seperti hipertensi, DM, dll

3) Riwayat kesehatan keluarga

Dalam keluarga pasien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit seperti yang diderita pasien. Dalam keluarga pasien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, DM, Jantung dan tidak ada riwayat penyakit menular seperti TB, HIV, dll.

E. Pola pemenuhan kebutuhan dasar Virginia Henderson

1) Pola pernafasan

Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak memiliki gangguan dalam pernafasannya

Saat dikaji : pasien tidak mengalami gangguan dalam pernafasan, RR 20x/menit

2) Pola nutrisi

Sebelum sakit : pasien mengatakan makan 3x sehari 1 porsi, komposisi nasi, sayur, lauk, dan minum kurang lebih 8 gelas/hari dengan menggunakan air putih dan teh.

Saat dikaji : pasien mengatakan nafsu makan menurun karena nyeri, makanan hanya habis $\frac{1}{2}$ porsi dari yang disediakan oleh RS dan minuman yang diberikan rumah sakit, minum sekitar 3 gelas/ hari

3) Pola eliminasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan BAB normal 1 kali sehari pagi hari, berkonsistensi lunak, berwarna kuning, tidak ada lender dan BAK 2-3 x/hari dengan warna jernih.

Saat dikaji : pasien mengatakan BAB 1x/hari, Pasien dilakukan tindakan operasi TURP dan saat ini terpasang DC irigasi

4) Pola aktivitas

Sebelum sakit : pasien mengatakan mampu beraktivitas secara mandiri tanpa bantuan orang lain

Saat dikaji : pasien mengatakan semua aktivitas dengan dibantu keluarga

5) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : pasien mengatakan mampu beraktivitas secara mandiri tanpa bantuan orang lain

Saat dikaji : pasien mengatakan susah tidur karena nyeri yang dirasakan

6) Pola aman nyaman

Sebelum sakit : pasien mengatakan aman dan nyaman didekat keluarga dan kondisinya

Saat dikaji : pasien terlihat kurang nyaman atas kondisi kesehatannya saat ini

7) Pola personal hygiene

Sebelum sakit : pasien mengatakan mandi dua kali sehari dan sikat gigi 2x sehari secara mandiri, memakai sampo 2x seminggu dan memakai sabun setiap mandi

Saat dikaji : pasien mandi sehari 1 kali dengan cara diseka

8) Pola berpakaian

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat berpakaian secara mandiri, ganti baju 2x/ hari

Saat dikaji : pasien dibantu keluarga dalam memakai pakaian

9) Pola spiritual

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat melakukan ibadah sholat 5 waktu dengan rutin

Saat dikaji : pasien melakukan ibadah sholat dan berdoa di tempat tidur

10) Pola berkomunikasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat berkomunikasi dengan orang lain dengan baik dan lancar, serta dapat dimengerti oleh orang lain dengan jelas.

Saat dikaji : pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan jelas, serta dapat dipahami oleh orang lain.

11) Pola bermain dan rekreasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan jika ada waktu luang pergi rekreasi dengan keluarga

Saat dikaji : pasien mengatakan hanya bisa berbaring saja

12) Pola pertahanan suhu

Sebelum sakit : pasien mengatakan memakai pakaian tebal saat merasakan dingin dan menggunakan pakaian yang tipis jika merasa kepanasan

Saat dikaji : pasien menggunakan baju dan selimut tipis S : 36 derajat celcius

13) Pola bekerja

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat bekerja sebagai buruh

Saat dikaji : Pasien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur

14) Pola belajar

Sebelum sakit : pasien mengatakan mencari informasi melalui televisi dan HP

Saat dikaji : pasien hanya berbaring ditempat tidur dan bertanya kepada keluarga dan perawat.

3. DATA OBYEKTIF

A. Pemeriksaan umum

- 1) Keadaan umum (KU) : Baik
- 2) Kesadaran : Compos metis (E4, V5, M6)
- 3) TD : 140/95 mmHg
- 4) Nadi : 108 x/menit
- 5) Suhu : 36,3 C
- 6) RR : 20 x/menit

B. Pemeriksaan fisik

- 1) Kepala
Mesocephal, tidak ada lesi, rambut hitam, tidak ada benjolan dan bersih
- 2) Mata
Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, isokor, reflek pupil 2/2, reflek cahaya +/+.
- 3) Hidung
Simetris, tidak ada lesi, tidak ada sumbatan, tidak ada perdarahan dan tidak ada tanda-tanda infeksi.
- 4) Mulut
Mukosa bibir lembab, tidak ada peradangan, tidak sariawan
- 5) Telinga
Simetris, bersih, terdapat serumen dalam batas normal, tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

6) Leher

Baik, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid

7) Dada

g) Paru

- Inspeksi: Simetris, tidak ada lesi, tidak ada retraksi dinding dada, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, dan pernapasan dada.
- Palpasi : Ekspansi dinding dada simetris.
- Perkusi : Terdengar bunyi sonor.
- Auskultasi : Terdengar vesikuler dikedua paru-paru.

h) Jantung

- Inspeksi : Tidak terlihat pulsasi ictus cordis.
- Palpasi : Ictus cordis teraba di ICS ke 5.
- Perkusi : Terdengar bunyi pekak.
- Auskultasi : Terdengar bunyi lub dub di S1-S2.

8) Abdomen

- Inspeksi : Cembung, tidak ada luka dan jejas.
- Auskultasi : Bising usus 15x/menit
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.
- Perkusi : Terdengar bunyi tympani.

9) Ekstremitas

- e) Atas : Kekuatan otot kanan kiri 5/5, CRT < 2 detik, tidak ada luka dan tidak ada edema, terpasang IVFD RL 20 tpm di tangan kanan.
- f) Bawah : Kekuatan otot kanan kiri 5/5, CRT < 2 detik, tidak ada luka dan tidak ada edema.

10) Kulit

Turgor kulit lembab, bersih, tidak ada edema, dan akral hangat

11) Genetalia

Jenis kelamin laki-laki, pasien mengeluh nyeri pada area kemaluannya post operasi, P : Pasien mengeluh nyeri post operasi

saat bergerak dan berkurang saat istirahat tidur, Q : Nyeri seperti di sayat-sayat, R : Nyeri pada bagian penis, S : Skala nyeri 6, T : Nyeri terus-menerus, terpasang kateter three way yang disambungkan dengan selang irigasi NACL 0,9 %, cairan irigasi berwarna merah.

C. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 18 Mei 2021

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
<u>DARAH LENGKAP</u>			
Leukosit	H 14.7	3.8-10.6	Rb/ul
Eritrosit	5.32	4.4-5.9	Juta/L
Hemoglobin	14.0	13.2-17.3	gr/dl
Hematokrit	L 31	40-52	%
MCV	90.2	80-100	fL
MCH	28.0	26-34	pg
MCHC	33.2	32-36	g/gl
Trombosit	H 653	150-440	rb/ul
<u>HITUNG JENIS</u>			
Basofil	0.9	0.0-1.0	%
Eosinofil	3.4	2.4-4.0	%
Netrofil	H 81.4	50.00-70.00	%
Limfosit	L 14.40	25.0-40.0	%
Monosit	7.2	2.0- 8.0	%
<u>KIMIA</u>			
Gula Darah Sewaktu	103	70-105	mg/dl
<u>FAAL GINJAL</u>			
Ureum	H 47	15-39	mg/dl
Creatinin	1.2	0.9-1.3	mg/dl

Pemeriksaan EKG pada tanggal 18 Mei 2021

Hasil : Sinus Rhythm, RR: 97 x/m.

Pemeriksaan USG Urologi 17 Mei 2021

Hasil : terdapat pembesaran prostat dengan ukuran kurang lebih 1.8 x 2 cm

D. Terapi obat

No	Nama obat	Dosis	Manfaat
1	Ranitidine	2x50 mg	Menangani gejala/penyakit produksi asam berlebih didalam lambung
2	Ketorolac	3x30 mg	Untuk meredakan nyeri dan peradangan
3	Ceftriaxone	2x 1 gr	Antibiotic, untuk mengobati jenis infeksi bakteri
4	Kalnex	3x500 mg	Untuk membantu menghentikan perdarahan
5	NACL 0,9%		Untuk pengobatan dehidrasi isotonic ekstraseluler, dapat sebagai pelarut, dapat mengurangi perdarahan/menutup pembuluh darah yang terbuka menjadi vasokonstriksi kemudian menutup serta mempercepat penyembuhan.
6	IVFD RL	20 tpm	Cairan hidrasi meringankan diare, luka bakar, kadar natrium rendah, hingga aritmia

E. ANALISA DATA

Tanggal 20 Mei 2021

No	Data Fokus	Masalah	Penyebab	Diagnose Keperawatan
1	DS : Pasien mengatakan nyeri P : Pasien mengatakan nyeri pada alat kemaluannya post TURP, nyeri saat bergerak dan hilang jika istirahat Q : nyeri seperti disayat-sayat R : nyeri pada alat kemaluannya S : nyeri pada skala 6 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul. DO : - TD pasien 140/95 mmHg - Nadi 108 x/menit - Suhu 36,3 derajat celcius - RR 20 x/menit, - Pasien tampak meringis - Pasien tampak menahan sakit	Nyeri akut (D.0077)	Agen Cidera Fisik (Post Op TURP)	Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik (Post Op TURP)

	- Sulit tidur - Pasien post operasi TURP			
2	DS : - DO : - Pasien post operasi TURP luka didalam kelenjar prostat - Terpasang kateter 3 way - Terdapat irigasi - Cairan irigasi berwarna merah - TD pasien 140/95 mmHg - Nadi 108 x/menit - Suhu 36,3 derajat celcius - RR 20 x/menit,	Risiko Perdarahan (D.0012)	Prosedur Invasif	Risiko Perdarahan b.d Prosedur Invasif
3	DS : - DO : - Terpasang kateter 3 way - Terdapat irigasi - TD pasien 140/95 mmHg - Nadi 108 x/menit - Suhu 36,3 derajat celcius - RR 20 x/menit,	Risiko Infeksi (D.0142)	Prosedur invasif (alat selama pembedahan, kateter, irigasi)	Risiko Infeksi b.d Prosedur invasif (alat selama pembedahan, kateter irigasi)

	- Pasien post operasi TURP			
--	----------------------------	--	--	--

Prioritas diagnose keperawatan

1. Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik (Post Op TURP)
2. Risiko Perdarahan b.d Prosedur Invasif
3. Risiko Infeksi b.d Prosedur invasif (alat selama pembedahan, kateter, irigasi)

F. INTERVENSI

Tanggal 20 Mei 2021

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)															
1	Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik (Post Op TURP)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066) <table><tr><th>Indikator</th><th>A</th><th>T</th></tr><tr><td>Keluhan nyeri</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Sulit tidur</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Tekanan darah</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Frekuensi nadi</td><td>2</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	A	T	Keluhan nyeri	2	4	Sulit tidur	2	5	Tekanan darah	2	5	Frekuensi nadi	2	5	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi, lokasi, karakteristik, frekuensi, durasi, intensitas nyeri, kualitas 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi skala nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor apa yang dapat memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup
Indikator	A	T																
Keluhan nyeri	2	4																
Sulit tidur	2	5																
Tekanan darah	2	5																
Frekuensi nadi	2	5																

		Keterangan : 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun A. Awal T. Tujuan	7. Monitor efek samping dari pemberian analgesik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. Jelaskan terkait dengan penyebab, pemicu, periode nyeri 2. Jelaskan strategi dalam meredakan nyeri 3. Anjurkan kepada pasien memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan kepada pasien menggunakan analgesic dengan tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologi dalam mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Pemberian analgesik jika perlu
--	--	--	--

2	Risiko Perdarahan b.d Prosedur Invasif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah risiko perdarahan dapat teratasi dengan kriteria hasil: Tingkat perdarahan (L.05042) <table><tr><td>Indikator</td><td>A</td><td>T</td></tr><tr><td>Perdarahan pasca operasi</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Tekanan darah</td><td>2</td><td>4</td></tr></table> Keterangan : 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun A. Awal T. Tujuan	Indikator	A	T	Perdarahan pasca operasi	2	4	Tekanan darah	2	4	Pencegahan Perdarahan (I.02067) Observasi 1. Monitor tanda serta gejala perdarahan pada pasien 2. Monitor nilai hematocrit /hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor tanda-tanda vital pasien Terapeutik 1. Pertahankan bed rest selama pasien perdarahan 2. Batasi tindakan invasive jika diperlukan 3. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 4. Anjurkan kepada pasien segera melaporkan jika mengalami perdarahan Kolaborasi 1. Kolaborasi produk darah jika memerlukan
Indikator	A	T										
Perdarahan pasca operasi	2	4										
Tekanan darah	2	4										
3	Risiko Infeksi b.d Prosedur invasif (alat selama pembedahan,	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan risiko	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda serta gejala infeksi pada pasien local dan sistemik									

	kateter, irigasi)	infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil : Tingkat infeksi (L.14137) <table><tr><td>Indikator</td><td>A</td><td>T</td></tr><tr><td>Nafsu makan</td><td>4</td><td>2</td></tr><tr><td>Nyeri</td><td>2</td><td>4</td></tr></table> Keterangan : 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun A. Awal T. Tujuan	Indikator	A	T	Nafsu makan	4	2	Nyeri	2	4	Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung pasien 2. Beri perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum serta sesudah kontak dengan pasien serta lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi Edukasi 1. Jelaskan tanda serta gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa luka operasi 4. Anjurkan untuk meningkatkan nutrisi 5. Anjurkan untuk meningkatkan cairan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemebrrian imunisasi pada pasien jika perlu
Indikator	A	T										
Nafsu makan	4	2										
Nyeri	2	4										

G. IMPLEMENTASI

Tanggal 20 Mei 2021

Hari/Tgl/ Jam	No. Dx	Implementasi	Respon	Ttd
20/05/21 08.30 WIB	1,2, 3	Melakukan pengkajian kepada pasien	S: Pasien mengeluh nyeri pada area kemaluannya post TURP, nyeri saat bergerak dan hilang saat istirahat, nyeri terasa seperti diiris-iris nyeri hilang timbul O: Pasien tampak meringis	Dewi
08.30 WIB	1	Mengkaji skala nyeri	S: Pasien mengatakan nyeri O: Skala nyeri 6	Dewi
08.45 WIB	1,2, 3	Memonitor TTV	S: Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat hipertensi O: TD : 140/95 mmHg, suhu 36,3 C, Nadi : 108 x/menit, RR : 20x/menit	Dewi
09.00 WIB	1	Mengajarkan pasien teknik slow deep breathing dan terapi aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan bersedia diajari terapi untuk mengurangi nyeri O: Pasien tampak mengikuti instruksi pemberian terapi untuk menurunkan nyeri	Dewi
09.15 WIB	1	Mengkaji skala nyeri setelah dilakukan terapi slow deep breathing	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: Skala nyeri 4	Dewi

10.00 WIB	3	dan aromaterapi lavender Memonitor DC Irigasi	S: - O: Traksi terpasang dengan baik, tidak ada sumbatan, warna cairan agak merah	Dewi
11.00 WIB	2	Memonitor warna cairan irigasi	S: - O: Warna cairan irigasi berwarna agak merah	Dewi
11.20 WIB	3	Menganjurkan pasien untuk meningkatkan cairan	S: Pasien mengatakan mau minum air putih banyak O: Pasien menghabiskan air kurang lebih 4 gelas dalam sehari	Dewi
13.00 WIB	1,2, 3	Memberikan terapi sesuai dengan program	S: - O: Inj Ketorolac 30 mg, kalnex 500 mg	Dewi
13.05 WIB	1	Menganjurkan pasien untuk istirahat tidur	S: Pasien mengatakan nyeri hilang jika istirahat, tetapi sering terbangun karena nyeri O: Pasien tampak istirahat	Dewi
16.50 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri sebelum dilakukan tindakan inovasi keperawatan	S: Pasien mengatakan nyeri O: skala nyeri 6	Dewi
16.50 WIB	1	Mengajarkan pasien terapi slow deep breathing dan	S: Pasien mengatakan setelah melakukan terapi	Dewi

17.00 WIB	1	terapi aromaterapi lavender Mengkaji ulang skala nyeri pasien setelah dilakukan terapi nonfarmakologi	yang telah diajarkan, nyeri berkurang O: Pasien tampak melakukan terapi yang slow deep breathing dan aromaterapi lavender S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: Skala nyeri 5	Dewi
17.10 WIB	1,2, 3	Memonitor TTV	S: - O: TD: 132/86 mmHg, Nadi : 97, RR: 18x/menit, Suhu: 36,7 C	Dewi
21/05/21 08.50 WIB	1	Mengkaji skala nyeri pasien	S: Pasien mengatakan masih nyeri O: skala nyeri 5, hilang timbul	Dewi
08.50 WIB	1	Membimbing pasien untuk melakukan terapi slow deep breathing dan aromaterapi lavender untuk mengurangi nyeri	S: Pasien mengatakan bersedia dibimbing melakukan terapi untuk menurunkan nyeri O: Pasien tampak melakukan terapi	Dewi
09.00 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri setelah dilakukan terapi slow deep breathing	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: skala nyeri 4	Dewi

09.30 WIB	1,2, 3	dan aromaterapi lavender Memonitor TTV	S: - O: TD: 129/78 mmHg, Nadi: 88x/menit, RR: 20x/menit, Suhu : 36,2 C	Dewi
10.00 WIB	3	Memonitor DC irigasi	S: - O: Traksi terpasang dengan baik, tidak ada sumbatan, warna cairan merah	Dewi
10.10 WIB	2	Memonitor warna cairan irigasi	S: - O: Warna cairan irigasi masih sedikit berwarna merah	Dewi
13.05 WIB	1,2, 3	Memberikan terapi sesuai dengan program	S: - O: Inj Ranitidine 50 mg Inj Ketorolac 30 mg, kalnex 500 mg	Dewi
13.10 WIB	1	Menganjurkan pasien untuk istirahat tidur	S: Pasien mengatakan nyeri hilang jika istirahat, tetapi sering terbangun karena nyeri O: Pasien tampak istirahat	Dewi
16.30 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri sebelum dilakukan tindakan inovasi keperawatan	S: Pasien mengatakan nyeri O: skala nyeri 4	Dewi
16.45 WIB	1	Mendampingi pasien untuk melakukan terapi slow deep breathing	S: Pasien mengatakan setelah melakukan terapi yang telah diajarkan, nyeri berkurang	Dewi

17.00 WIB	1	dan terapi aromaterapi lavender Mengkaji ulang skala nyeri pasien setelah dilakukan terapi nonfarmakologi	O: Pasien tampak melakukan terapi yang slow deep breathing dan aromaterapi lavender S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: Skala nyeri 3	Dewi
17.10 WIB		Memonitor TTV	S: - O: TD: 110/82 mmHg, Nadi : 82, RR: 20x/menit, Suhu: 36,5 C	Dewi
22/05/21 08.30 WIB	1,2, 3	Monitor TTV	S: - O: TD: 137/87, Nadi : 84x/menit, RR : 18x/menit, Suhu : 36 C	Dewi
08.40 WIB	1	Mengkaji skala nyeri	S: Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang O: skala nyeri 4 hilang timbul	Dewi
09.00 WIB	1	Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik slow deep breathing dan aromaterapi lavender untuk mengurangi nyeri	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang saat melakukan terapi, pasien mengatakan suka dengan aromaterapi lavender selain harum juga menenangkan O: Pasien tampak melakukan terapi dalam menurunkan nyerinya	Dewi

09.10 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri setelah diberikan terapi nonfarmakologi	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: Skala nyeri 3	Dewi
10.00 WIB	2	Memantau warna irigasi	S:- O: Cairan irigasi tampak berwarna bening	Dewi
13.00 WIB	1	Memberikan terapi sesuai dengan program	S: - O: inj. Ranitidin 50mg , Keterolak 30 mg	Dewi
13.10 WIB	1	Menganjurkan pasien untuk istirahat	S: - O: Pasien tampak istirahat	Dewi
16.30 WIB	1	Mengkaji skala nyeri sebelum dilakukan terapi slow deep breathing dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan saat ini nyeri sudah berkurang O: Skala nyeri 4	Dewi
16.50 WIB	1	Menganjurkan pasien untuk melakukan terapi slow deep breathing dan terapi aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan suka dengan aroma dari aromaterapi lavender O: Pasien tampak melakukan terapi sendiri	Dewi
17.00 WIB	1	Mengkaji skala nyeri pasien setelah melakukan terapi slow deep breathing	S: Pasien mengatakan sudah tidak nyeri, nyeri hanya kadang-kadang O: Skala nyeri 2	Dewi

17.10 WIB	1,2, 3	dan aromaterapi lavender Memonitor TTV	S:- O: TD : 123/78 mmHg, Nadi : 78x/menit, RR : 18x/menit, Suhu 36 C	Dewi
--------------	-----------	--	---	------

H. EVALUASI

No Dx	Tgl/Jam	Evaluasi	Paraf
1	20/05/21 17.00 WIB	S: Pasien mengatakan masih nyeri P: Pasien mengatakan nyeri, nyeri saat bergerak dan hilang jika istirahat Q : nyeri seperti disayat-sayat R : nyeri pada bagian alat kemaluannya S : nyeri pada skala 5 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul. O: Pasien tampak meringis, TD: 132/86 mmHg, Nadi : 97, RR: 18x/menit, Suhu: 36,7 C A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Manajemen nyeri - Mengkaji ulang skala nyeri - Monitor TTV - Ajarkan terapi non farmakologi - Berikan obat anagesik S: -	Dewi
2	20/05/21		Dewi

3	17.00 WIB	O: Terpasang kateter 3 way, cairan dalam urine bag masih agak berwarna merah, TD: 132/86 mmHg, Nadi : 97, RR: 18x/menit, Suhu: 36,7 C A: Masalah keperawatan risiko pendarahan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pantau tanda-tanda perdarahan - Evaluasi irigasi	Dewi
	20/05/21 17.00 WIB	S:- O: Terpasang kateter 3 way, traksi tidak ada masalah, irigasi lancer warna cairan agak merah, TD: 132/86 mmHg, Nadi : 97, RR: 18x/menit, Suhu: 36,7 C A: Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pemberian antibiotic - Pantau tanda-tanda infeksi - Evaluasi irigasi	
1	21/05/21 17.00 WIB	S: Pasien mengatakan masih nyeri P: Pasien mengatakan nyeri, nyeri saat bergerak dan hilang jika istirahat Q : nyeri seperti disayat-sayat R : nyeri pada bagian alat kemaluannya S : nyeri pada skala 3 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul. O: Pasien tampak meringis, TD: 110/82 mmHg, Nadi : 82, RR: 20x/menit, Suhu: 36,5 C A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi	Dewi

		Manajemen nyeri - Mengkaji ulang skala nyeri - Monitor TTV - Ajarkan terapi non farmakologi - Berikan obat anagesik	
2	21/05/21 17.00 WIB	S: - O: Terpasang kateter 3 way, cairan dalam urine bag masih agak berwarna merah, TD: 110/82 mmHg, Nadi : 82, RR: 20x/menit, Suhu: 36,5 C A: Masalah keperawatan risiko pendarahan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pantau tanda-tanda perdarahan - Evaluasi irigasi S:- O: Terpasang kateter 3 way, traksi tidak ada masalah, irigasi lancer warna cairan agak merah, TD: 110/82 mmHg, Nadi : 82, RR: 20x/menit, Suhu: 36,5 C. A: Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pemberian antibiotic - Patau tanda-tanda inveksi - Evaluasi irigasi	Dewi
3	21/05/21 17.00 WIB	S:- O: Terpasang kateter 3 way, traksi tidak ada masalah, irigasi lancer warna cairan agak merah, TD: 110/82 mmHg, Nadi : 82, RR: 20x/menit, Suhu: 36,5 C. A: Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pemberian antibiotic - Patau tanda-tanda inveksi - Evaluasi irigasi	Dewi
1	22/05/21 17.00 WIB	S: Pasien mengatakan nyeri hanya kadang-kadang sudah berkurang dari hari kemarin , Skala nyeri 2	Dewi

		O: Pasien tampak lebih rileks, TD : 123/78 mmHg, Nadi : 78x/menit, RR : 18x/menit, Suhu 36 C A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Manajemen nyeri - Mengkaji ulang skala nyeri - Monitor TTV - Ajarkan terapi non farmakologi	
2	22/05/21 17.00 WIB	S: - O: Terpasang kateter 3 way, cairan dalam urine bag berwarna jernih, TD : 123/78 mmHg, Nadi : 78x/menit, RR : 18x/menit, Suhu 36 C A: Masalah keperawatan risiko pendarahan teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Evaluasi irigasi	Dewi
3	22/05/21 17.00 WIB	S:- O: Terpasang kateter 3 way, traksi tidak ada masalah, irigasi lancer warna cairan bening, TD : 123/78 mmHg, Nadi : 78x/menit, RR : 18x/menit, Suhu 36 C A: Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pemberian antibiotic - Patau tanda-tanda inveksi - Evaluasi irigasi	Dewi

ASKEP 5

Tanggal masuk : 01 Juni 2021 jam 11.20 WIB
Tanggal pengkajian : 04 Juni 2021 jam 8.30 WIB
Ruang : Multizam
Pengkaji : Dewi Anggraeni

1. DATA SUBYEKTIF

A. Identitas pasien

Nama : Tn. M
Umur : 60 Tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Petani
Alamat : Karanggayam
Diagnose medis : Post Op TURP (BPH)
No. RM : 0047xx

B. Penanggung jawab

Nama : Ny. D
Umur : 36 Tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Karanggayam
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Hubungan dengan pasien : Anak

C. Keluhan utama

Nyeri pada area kemaluan post operasi

D. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan saat ini

Pasien dari poliklinik bedah urologi tanggal 01 Juni 2021 jam 11.20 WIB, dengan keluhan nyeri saat BAK, mengejan saat BAK, Kencing terputus-putus, merasa tidak puas saat kencing, pancaran kencing lemah dan sering terbangun di malam hari sejak kurang lebih 2 minggu, pasien terpasang DC dari puskesmas karanggayam sejak 3 hari yang lalu. Hasil pemeriksaan TD 145/95 mmHg, nadi 105 x/menit, suhu 36,4 C, RR 20x/menit.. Pasien dilakukan tindakan operasi TURP pada tanggal 03 Juni 2021 jam 08.00-09.00 WIB. Pada saat di kaji pada tanggal 04 Juni 2021 jam 08.30 WIB pasien mengeluh nyeri pada area post operasi, P : Pasien mengeluh nyeri post operasi saat bergerak dan berkurang saat istirahat tidur, Q : Nyeri seperti di sayat-sayat, R : Nyeri pada bagian penis, S : Skala nyeri 5, T : Nyeri hilang timbul. Pasien tampak meringis menahan nyeri, terpasang kateter 3 way, 1 jalur untuk jalan keluar urin, 1 jalur untuk aliran irigasi dengan water steril dan 1 jalur untuk pengunci, terpasang infus di tangan kanan infus RL 20 tpm. TD : 151/85 mmHG, nadi 97x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu 36,8 C.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat di rumah sakit dan pasien tidak memiliki riwayat sakit seperti hipertensi, DM, dll

3) Riwayat kesehatan keluarga

Dalam keluarga pasien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit seperti yang diderita pasien. Dalam keluarga pasien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, DM, Jantung dan tidak ada riwayat penyakit menular seperti TB, HIV, dll.

E. Pola pemenuhan kebutuhan dasar Virginia Henderson

1) Pola pernafasan

Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak memiliki gangguan dalam pernafasannya

Saat dikaji : pasien tidak mengalami gangguan dalam pernafasan, RR 20x/menit

2) Pola nutrisi

Sebelum sakit : pasien mengatakan makan 3x sehari 1 porsi, komposisi nasi, sayur, lauk, dan minum kurang lebih 8 gelas/hari dengan menggunakan air putih dan teh.

Saat dikaji : pasien mengatakan nafsu makan menurun karena nyeri, makanan hanya habis $\frac{1}{2}$ porsi dari yang disediakan oleh RS dan minuman yang diberikan rumah sakit, minum sekitar 4 gelas/ hari

3) Pola eliminasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan BAB normal 1 kali sehari pagi hari, berkonsistensi lunak, berwarna kuning, tidak ada lender dan BAK 2-3 x/hari dengan warna jernih.

Saat dikaji : pasien mengatakan BAB 1x/hari, Pasien dilakukan tindakan operasi TURP dan saat ini terpasang DC irigasi

4) Pola aktivitas

Sebelum sakit : pasien mengatakan mampu beraktivitas secara mandiri tanpa bantuan orang lain

Saat dikaji : pasien mengatakan semua aktivitas dengan dibantu keluarga

5) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : pasien mengatakan mampu beraktivitas secara mandiri tanpa bantuan orang lain

Saat dikaji : pasien mengatakan susah tidur karena nyeri yang dirasakan

6) Pola aman nyaman

Sebelum sakit : pasien mengatakan aman dan nyaman didekat keluarga dan kondisinya

Saat dikaji : pasien terlihat kurang nyaman atas kondisi kesehatannya saat ini

7) Pola personal hygiene

Sebelum sakit : pasien mengatakan mandi dua kali sehari dan sikat gigi 2x sehari secara mandiri, memakai sampo 2x seminggu dan memakai sabun setiap mandi

Saat dikaji : pasien mandi sehari 1 kali dengan cara diseka

8) Pola berpakaian

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat berpakaian secara mandiri, ganti baju 2x/ hari

Saat dikaji : pasien dibantu keluarga dalam memakai pakaian

9) Pola spiritual

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat melakukan ibadah sholat 5 waktu dengan rutin

Saat dikaji : pasien melakukan ibadah sholat dan berdoa di tempat tidur

10) Pola berkomunikasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat berkomunikasi dengan orang lain dengan baik dan lancar, serta dapat dimengerti oleh orang lain dengan jelas.

Saat dikaji : pasien dapat berkomunikasi dengan baik dan jelas, serta dapat dipahami oleh orang lain.

11) Pola bermain dan rekreasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan jika ada waktu luang pergi rekreasi dengan keluarga

Saat dikaji : pasien mengatakan hanya bisa berbaring saja

12) Pola pertahanan suhu

Sebelum sakit : pasien mengatakan memakai pakaian tebal saat merasakan dingin dan menggunakan pakaian yang tipis jika merasa kepanasan

Saat dikaji : pasien menggunakan baju dan selimut tipis S : 36 derajat celcius

13) Pola bekerja

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat bekerja sebagai buruh

Saat dikaji : Pasien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur

14) Pola belajar

Sebelum sakit : pasien mengatakan mencari informasi melalui televisi dan HP

Saat dikaji : pasien hanya berbaring ditempat tidur dan bertanya kepada keluarga dan perawat.

2. DATA OBYEKTIF

A. Pemeriksaan umum

- 1) Keadaan umum (KU) : Baik
- 2) Kesadaran : Compos metis (E4, V5, M6)
- 3) TD : 151/85 mmHg
- 4) Nadi : 97 x/menit
- 5) Suhu : 36,8 C
- 6) RR : 20 x/menit

B. Pemeriksaan fisik

- 1) Kepala
Mesocephal, tidak ada lesi, rambut hitam, tidak ada benjolan dan bersih
- 2) Mata
Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, isokor, reflek pupil 2/2, reflek cahaya +/+.
- 3) Hidung
Simetris, tidak ada lesi, tidak ada sumbatan, tidak ada perdarahan dan tidak ada tanda-tanda infeksi.
- 4) Mulut
Mukosa bibir lembab, tidak ada peradangan, tidak sariawan
- 5) Telinga
Simetris, bersih, terdapat serumen dalam batas normal, tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

6) Leher

Baik, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid

7) Dada

a) Paru

- Inspeksi: Simetris, tidak ada lesi, tidak ada retraksi dinding dada, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, dan pernapasan dada.
- Palpasi : Ekspansi dinding dada simetris.
- Perkusi : Terdengar bunyi sonor.
- Auskultasi : Terdengar vesikuler dikedua paru-paru.

b) Jantung

- Inspeksi : Tidak terlihat pulsasi ictus cordis.
- Palpasi : Ictus cordis teraba di ICS ke 5.
- Perkusi : Terdengar bunyi pekak.
- Auskultasi : Terdengar bunyi lub dub di S1-S2.

8) Abdomen

- Inspeksi : Cembung, tidak ada luka dan jejas.
- Auskultasi : Bising usus 15x/menit
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.
- Perkusi : Terdengar bunyi tympani.

9) Ekstremitas

- a) Atas : Kekuatan otot kanan kiri 5/5, CRT < 2 detik, tidak ada luka dan tidak ada edema, terpasang IVFD RL 20 tpm di tangan kanan.
- b) Bawah : Kekuatan otot kanan kiri 5/5, CRT < 2 detik, tidak ada luka dan tidak ada edema.

10) Kulit

Turgor kulit lembab, bersih, tidak ada edema, dan akral hangat

11) Genetalia

Jenis kelamin laki-laki, pasien mengeluh nyeri pada area kemaluannya post operasi, P : Pasien mengeluh nyeri post operasi

saat bergerak dan berkurang saat istirahat tidur, Q : Nyeri seperti di sayat-sayat, R : Nyeri pada bagian penis, S : Skala nyeri 5, T : Nyeri terus-menerus, terpasang kateter three way yang disambungkan dengan selang irigasi NACL 0,9 %, cairan irigasi berwarna merah.

C. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 01 Juni 2021

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
<u>DARAH LENGKAP</u>			
Leukosit	H 10.9	3.8-10.6	Rb/ul
Eritrosit	5.32	4.4-5.9	Juta/L
Hemoglobin	14.0	13.2-17.3	gr/dl
Hematokrit	51	40-52	%
MCV	90.2	80-100	fL
MCH	28.0	26-34	pg
MCHC	33.2	32-36	g/gl
Trombosit	438	150-440	rb/ul
<u>HITUNG JENIS</u>			
Basofil	0.9	0.0-1.0	%
Eosinofil	3.4	2.4-4.0	%
Netrofil	60.5	50.00-70.00	%
Limfosit	32.5	25.0-40.0	%
Monosit	7.2	2.0- 8.0	%
<u>KIMIA</u>			
Gula Darah Sewaktu	103	70-105	mg/dl
<u>FAAL GINJAL</u>			
Ureum	32	15-39	mg/dl
Creatinin	1.2	0.9-1.3	mg/dl

Pemeriksaan EKG pada tanggal 01 Juni 2021

Hasil : Sinus Rhythm, RR: 82 x/m.

Pemeriksaan USG Urologi 01 Juni 2021

Kesan :

- Pembesaran disertai klasifikasi prostat
- Cystitis
- Multiple divertikel dengan ukuran terbesar kurang lebih 1.9 x 2.2 cm pada aspek inferoposterior vesika urinaria

D. Terapi obat

No	Nama obat	Dosis	Manfaat
1	Ranitidine	2x50 mg	Menangani gejala/penyakit produksi asam berlebih didalam lambung
2	Ketorolac	3x30 mg	Untuk meredakan nyeri dan peradangan
3	Ceftriaxone	2x 1 gr	Antibiotic, untuk mengobati jenis infeksi bakteri
4	Kalnex	3x500 mg	Untuk membantu menghentikan perdarahan
5	NACL 0,9%		Untuk pengobatan dehidrasi isotonic ekstraseluler, dapat sebagai pelarut, dapat mengurangi perdarahan/menutup pembuluh darah yang terbuka menjadi vasokonstriksi kemudian menutup serta mempercepat penyembuhan.
6	IVFD RL	20 tpm	Cairan hidrasi meringankan diare, luka bakar, kadar natrium rendah, hingga aritmia

E. ANALISA DATA

Tanggal 20 Mei 2021

No	Data Fokus	Masalah	Penyebab	Diagnose Keperawatan
1	DS : Pasien mengatakan nyeri P : Pasien mengatakan nyeri pada alat kemaluannya post TURP, nyeri saat bergerak dan hilang jika istirahat Q : nyeri seperti disayat-sayat R : nyeri pada alat kemaluannya S : nyeri pada skala 5 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul. DO : - TD : 151/85 mmHg, - Nadi 97x/menit, - RR : 20 x/menit - Suhu 36,8 C - Pasien tampak meringis - Pasien tampak menahan sakit - Sulit tidur	Nyeri akut (D.0077)	Agen Cidera Fisik (Post Op TURP)	Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik (Post Op TURP)

	- Pasien post operasi TURP			
2	DS : - DO : - Pasien post operasi TURP luka didalam kelenjar prostat - Terpasang kateter 3 way - Terdapat irigasi - Cairan irigasi berwarna merah - TD : 151/85 mmHg, - Nadi 97x/menit, - RR : 20 x/menit - Suhu 36,8 C	Risiko Perdarahan (D.0012)	Prosedur Invasif	Risiko Perdarahan b.d Prosedur Invasif
3	DS : - DO : - Terpasang kateter 3 way - Terdapat irigasi - TD : 151/85 mmHg, - Nadi 97x/menit, - RR : 20 x/menit - Suhu 36,8 C - Pasien post operasi TURP	Resiko Infeksi (D.0142)	Prosedur invasif (alat selama pembedahan, kateter, irigasi)	Resiko Infeksi b.d Prosedur invasif (alat selama pembedahan, kateter irigasi)

Prioritas diagnose keperawatan

1. Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik (Post Op TURP)
2. Risiko Perdarahan b.d Prosedur Invasif

3. Risiko Infeksi b.d Prosedur invasif (alat selama pembedahan, kateter, irigasi)

F. INTERVENSI

Tanggal 4 Juni 2021

No	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)												
1	Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik (Post Op TURP)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066) <table><tr><td>Indikator</td><td>A</td><td>T</td></tr><tr><td>Keluhan nyeri</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Sulit tidur</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Tekanan darah</td><td>2</td><td>5</td></tr></table> Keterangan : 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun A. Awal	Indikator	A	T	Keluhan nyeri	2	4	Sulit tidur	2	5	Tekanan darah	2	5	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi, lokasi, karakteristik, frekuensi, durasi, intensitas nyeri, kualitas 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi skala nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor apa yang dapat memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 7. Monitor efek samping dari pemberian analgesik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
Indikator	A	T													
Keluhan nyeri	2	4													
Sulit tidur	2	5													
Tekanan darah	2	5													

		T. Tujuan	2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 1. Jelaskan terkait dengan penyebab, pemicu, periode nyeri 2. Jelaskan strategi dalam meredakan nyeri 3. Anjurkan kepada pasien memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan kepada pasien menggunakan analgesic dengan tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologi dalam mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Pemberian analgesik jika perlu
2	Risiko Perdarahan b.d Prosedur Invasif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah risiko perdarahan dapat teratasi dengan kriteria hasil:	Pencegahan Pendarahan (I.02067) Observasi 1. Monitor tanda serta gejala perdarahan pada pasien

		Tingkat perdarahan (L.05042) <table><tr><td>Indikator</td><td>A</td><td>T</td></tr><tr><td>Perdarahan pasca operasi</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Tekanan darah</td><td>2</td><td>4</td></tr></table> Keterangan : 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun A. Awal T. Tujuan	Indikator	A	T	Perdarahan pasca operasi	2	4	Tekanan darah	2	4	2. Monitor nilai hematocrit /hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor tanda-tanda vital pasien Terapeutik 1. Pertahankan bed rest selama pasien perdarahan 2. Batasi tindakan invasive jika diperlukan 3. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 4. Anjurkan kepada pasien segera melaporkan jika mengalami perdarahan Kolaborasi 1. Kolaborasi produk darah jika memerlukan
Indikator	A	T										
Perdarahan pasca operasi	2	4										
Tekanan darah	2	4										
3	Risiko Infeksi b.d Prosedur infasif (alat selama pembedahan, kateter, irigasi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan risiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil : Tingkat infeksi (L.14137) <table><tr><td>Indikator</td><td>A</td><td>T</td></tr></table>	Indikator	A	T	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1. Monitor tanda serta gejala infeksi pada pasien local dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung pasien 2. Beri perawatan kulit pada area edema						
Indikator	A	T										

		<table><tr><td>Nafsu makan</td><td>4</td><td>2</td></tr><tr><td>Nyeri</td><td>2</td><td>4</td></tr></table>	Nafsu makan	4	2	Nyeri	2	4	3. Cuci tangan sebelum serta sesudah kontak dengan pasien serta lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien yang berisiko tinggi Edukasi 1. Jelaskan tanda serta gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa luka operasi 4. Anjurkan untuk meningkatkan nutrisi 5. Anjurkan untuk meningkatkan cairan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian imunisasi pada pasien jika perlu
Nafsu makan	4	2							
Nyeri	2	4							

G. IMPLEMENTASI

Tanggal 4 Juni 2021

Hari/Tgl/ Jam	No. Dx	Implementasi	Respon	Ttd
04/06/21 08.30 WIB	1,2, 3	Melakukan pengkajian kepada pasien	S: Pasien mengeluh nyeri pada area kemaluannya post TURP, nyeri saat	Dewi

			bergerak dan hilang saat istirahat, nyeri terasa seperti diiris-iris nyeri hilang timbul O: Pasien tampak meringis S: Pasien mengatakan nyeri	Dewi
08.30 WIB	1	Mengkaji skala nyeri	O: Skala nyeri 5	
08.45 WIB	1,2,3	Memonitor TTV	S: Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat hipertensi O: TD : 151/85 mmHg, Nadi 97x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu 36,8 C	Dewi
09.00 WIB	1	Mengajarkan pasien teknik slow deep breathing dan terapi aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan bersedia diajari terapi untuk mengurangi nyeri O: Pasien tampak mengikuti instruksi pemberian terapi untuk menurunkan nyeri	Dewi
09.15 WIB	1	Mengkaji skala nyeri setelah dilakukan terapi slow deep breathing dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: Skala nyeri 4	Dewi
10.00 WIB	3	Memonitor DC Irigasi	S: - O: Traksi terpasang dengan baik, tidak ada sumbatan, warna cairan agak merah	Dewi
	2		S: -	Dewi

11.00 WIB	3	Memonitor warna cairan irigasi	O: Warna cairan irigasi berwarna agak merah S: Pasien mengatakan mau	Dewi
11.20 WIB		Menganjurkan pasien untuk meningkatkan cairan	minum air putih banyak O: Pasien menghabiskan air kurang lebih 4 gelas dalam sehari S: -	Dewi
13.00 WIB	1,2,3	Memberikan terapi sesuai dengan program	O: Inj Ketorolac 30 mg, kalnex 500 mg S: Pasien mengatakan nyeri	Dewi
13.05 WIB	1	Menganjurkan pasien untuk istirahat tidur	hilang jika istirahat, tetapi sering terbangun karena nyeri O: Pasien tampak istirahat S: Pasien mengatakan nyeri	Dewi
16.50 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri sebelum dilakukan tindakan inovasi	O: skala nyeri 5	
16.50 WIB	1	keperawatan Mengajarkan pasien terapi slow deep breathing dan terapi aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan setelah melakukan terapi yang telah diajarkan, nyeri berkurang O: Pasien tampak melakukan terapi yang slow deep breathing dan aromaterapi lavender S: Pasien mengatakan nyeri berkurang	Dewi
	1			Dewi

17.00 WIB		Mengkaji ulang skala nyeri pasien setelah dilakukan terapi	O: Skala nyeri 3	
17.10 WIB	1,2,3	nonfarmakologi Memonitor TTV	S: - O: TD: 148/87 mmHg, Nadi :102, RR: 18x/menit, Suhu: 36,5 C	Dewi
05/06/21 08.50 WIB	1	Mengkaji skala nyeri pasien	S: Pasien mengatakan masih nyeri O: skala nyeri 5, hilang timbul	Dewi
08.50 WIB	1	Membimbing pasien untuk melakukan terapi slow deep breathing dan aromaterapi lavender untuk mengurangi nyeri	S: Pasien mengatakan bersedia dibimbing melakukan terapi untuk menurunkan nyeri O: Pasien tampak melakukan terapi	Dewi
09.00 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri setelah dilakukan terapi slow deep breathing dan aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: skala nyeri 3	Dewi
09.30 WIB	1,2,3	Memonitor TTV	S: - O: TD: 139/78 mmHg, Nadi: 88x/menit, RR: 20x/menit, Suhu : 36,6 C	Dewi
	3		S: -	Dewi

10.00 WIB	2	Memonitor DC irigasi	O: Traksi terpasang dengan baik, tidak ada sumbatan, warna cairan merah S: -	Dewi
10.10 WIB	1,2,	Memonitor warna cairan irigasi	O: Warna cairan irigasi masih sedikit berwarna merah S: -	Dewi
13.05 WIB	3	Memberikan terapi sesuai dengan program	O: Inj Ranitidine 50 mg Inj Ketorolac 30 mg, kalnex 500 mg S: Pasien mengatakan nyeri	Dewi
13.10 WIB	1	Menganjurkan pasien untuk istirahat tidur	hilang jika istirahat, tetapi sering terbangun karena nyeri O: Pasien tampak istirahat S: Pasien mengatakan nyeri	Dewi
16.30 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri sebelum dilakukan tindakan inovasi	O: skala nyeri 4	Dewi
16.45 WIB	1	keperawatan Mendampingi pasien untuk melakukan terapi slow deep breathing dan terapi aromaterapi lavender	S: Pasien mengatakan setelah melakukan terapi yang telah diajarkan, nyeri berkurang O: Pasien tampak melakukan terapi yang slow deep breathing dan aromaterapi lavender S: Pasien mengatakan nyeri berkurang	Dewi

17.00 WIB		Mengkaji ulang skala nyeri pasien setelah dilakukan terapi nonfarmakologi	O: Skala nyeri 3 S: - O: TD: 133/77 mmHg, Nadi : 98, RR: 20x/menit, Suhu: 36,5 C	Dewi
17.10 WIB		Memonitor TTV		
06/06/21 08.40 WIB	1	Mengkaji skala nyeri	S: Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang O: skala nyeri 4 hilang timbul	Dewi
09.00 WIB	1	Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik slow deep breathing dan aromaterapi lavender untuk mengurangi nyeri	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang saat melakukan terapi, pasien mengatakan suka dengan aromaterapi lavender selain harum juga menenangkan O: Pasien tampak melakukan terapi dalam menurunkan nyerinya	Dewi
09.10 WIB	1	Mengkaji ulang skala nyeri setelah diberikan terapi nonfarmakologi	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O: Skala nyeri 2	Dewi
09.15 WIB	1,2, 3	Memonitor TTV Memantau warna irigasi	S: - O: TD: 137/97, Nadi : 82x/menit, RR : 18x/menit, Suhu : 36 C	Dewi
	2		S: -	Dewi

13.00 WIB	1	Memberikan terapi sesuai dengan program	O: inj. Ranitidin 50mg , Keterolak 30 mg S: -	Dewi
13.10 WIB	1	Menganjurkan pasien untuk istirahat	O: Pasien tampak istirahat S: Pasien mengatakan saat ini nyeri sudah berkurang	Dewi
16.30 WIB	1	Mengkaji skala nyeri sebelum dilakukan terapi slow deep breathing dan aromaterapi lavender	O: Skala nyeri 3 S: Pasien mengatakan suka dengan aroma dari aromaterapi lavender	Dewi
16.50 WIB	1	Mengajarkan pasien untuk melakukan terapi slow deep breathing dan terapi aromaterapi lavender	O: Pasien tampak melakukan terapi sendiri S: Pasien mengatakan sudah tidak nyeri, nyeri hanya kadang-kadang	Dewi
17.00 WIB	1	Mengkaji skala nyeri pasien setelah melakukan tindakan slow deep breathing dan aromaterapi lavender	O: Skala nyeri 2 S:-	Dewi
17.10 WIB	1,2,3	Memonitor TTV	O: TD : 128/88 mmHg, Nadi : 93x/menit, RR : 18x/menit, Suhu 36,2 C	Dewi

H. EVALUASI

No Dx	Tgl/Jam	Evaluasi	Paraf
1	04/06/21 17.00 WIB	S: Pasien mengatakan masih nyeri P: Pasien mengatakan nyeri, nyeri saat bergerak dan hilang jika istirahat Q : nyeri seperti disayat-sayat R : nyeri pada bagian alat kemaluannya S : nyeri pada skala 3 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul. O: Pasien tampak meringis TD: 148/87 mmHg, Nadi :102, RR: 18x/menit, Suhu: 36,5 C A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Manajemen nyeri - Mengkaji ulang skala nyeri - Monitor TTV - Ajarkan terapi non farmakologi - Berikan obat anagesik S: -	Dewi
2	04/06/21 17.00 WIB	O: Terpasang kateter 3 way, cairan dalam urine bag masih agak berwarna merah, TD: 148/87 mmHg, Nadi :102, RR: 18x/menit, Suhu: 36,5 C A: Masalah keperawatan risiko pendarahan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pantau tanda-tanda perdarahan - Evaluasi irigasi	Dewi
3	04/06/21	S:-	Dewi

	17.00 WIB	O: Terpasang kateter 3 way, traksi tidak ada masalah, irigasi lancer warna cairan agak merah, TD: 148/87 mmHg, Nadi :102, RR: 18x/menit, Suhu: 36,5 C A: Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pemberian antibiotic - Patau tanda-tanda inveksi - Evaluasi irigasi	
1	05/06/21 17.00 WIB	S: Pasien mengatakan masih nyeri P: Pasien mengatakan nyeri, nyeri saat bergerak dan hilang jika istirahat Q : nyeri seperti disayat-sayat R : nyeri pada bagian alat kemaluannya S : nyeri pada skala 3 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul. O: Pasien tampak meringis, TD: 133/77 mmHg, Nadi : 98, RR: 20x/menit, Suhu: 36,5 C A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Manajemen nyeri - Mengkaji ulang skala nyeri - Monitor TTV - Ajarkan terapi non farmakologi - Berikan obat anagesik	Dewi
2	05/06/21 17.00 WIB	S: - O: Terpasang kateter 3 way,cairan dalam urine bag masih agak berwarna merah, TD: 133/77 mmHg, Nadi : 96, RR: 20x/menit, Suhu: 36,5 C	Dewi

3	05/06/21 17.00 WIB	A: Masalah keperawatan risiko pendarahan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pantau tanda-tanda perdarahan - Evaluasi irigasi S:- O: Terpasang kateter 3 way, traksi tidak ada masalah, irigasi lancer warna cairan agak merah, TD: 133/77 mmHg, Nadi : 96, RR: 20x/menit, Suhu: 36,5 C A: Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pemberian antibiotic - Pantau tanda-tanda infeksi - Evaluasi irigasi	Dewi
1	06/06/21 17.00 WIB	S: Pasien mengatakan nyeri hanya kadang-kadang sudah berkurang dari hari kemarin , Skala nyeri 2 O: Pasien tampak lebih rileks, TD : 128/88 mmHg, Nadi : 93x/menit, RR : 18x/menit, Suhu 36,2 C A: Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Manajemen nyeri - Mengkaji ulang skala nyeri - Monitor TTV - Ajarkan terapi non farmakologi	Dewi

2	06/06/21 17.00 WIB	S: - O: Terpasang kateter 3 way, cairan dalam urine bag berwarna jernih TD : 128/88 mmHg, Nadi : 93x/menit, RR : 18x/menit, Suhu 36,2 C A: Masalah keperawatan risiko pendarahan teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Evaluasi irigasi	Dewi
3	06/06/21 17.00 WIB	S:- O: Terpasang kateter 3 way, traksi tidak ada masalah, irigasi lancer warna cairan bening, TD : 128/88 mmHg, Nadi : 93x/menit, RR : 18x/menit, Suhu 36,2 C A: Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Pemberian antibiotic - Patau tanda-tanda inveksi - Evaluasi irigasi	Dewi

Lampiran 2

LEMBAR OBSERVASI SKALA NYERI
TERAPI *SLOW DEEP BREATHING* DAN AROMATERAPI LAVENDER

Inisial Nama	Hari ke-1				Hari ke-2				Hari ke-3			
	Pagi (09.00)		Sore (17.00)		Pagi (09.00)		Sore (17.00)		Pagi (09.00)		Sore (17.00)	
	Sb	Ss	Sb	Ss	Sb	Ss	Sb	Ss	Sb	Ss	Sb	Ss
1												
2												
3												
4												
5												

Keterangan :

Sb : Sebelum dilakukan terapi *slow deep breathing* dan aromaterapi lavender

Ss : Sesudah diberikan terapi *slow deep breathing* dan aromaterapi lavender

Lampiran 3

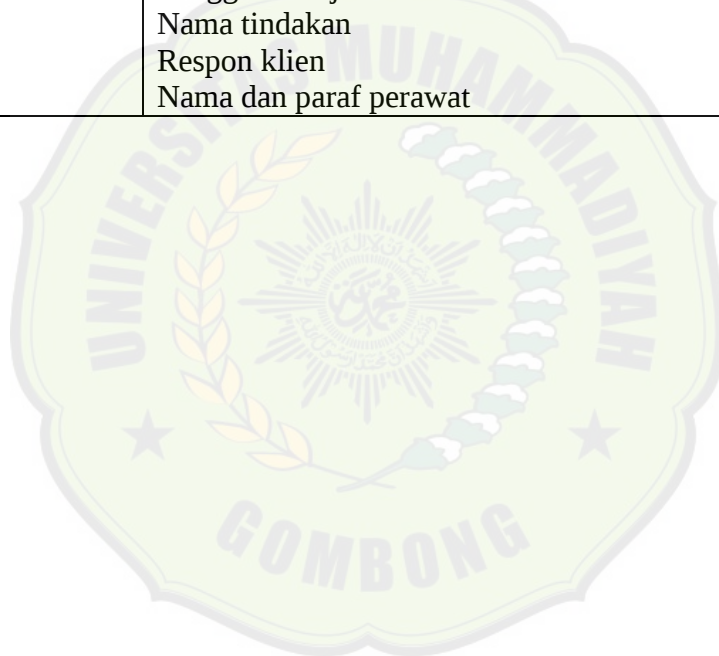
	PEMBERIAN AROMA TERPI LAVENDER
STANDAR PROSEDUR OPRASIOAL	
PENGERTIAN	Memberikan rasa nyaman terhadap pasien yang mengalami rasa nyeri pada tubuh dengan membimbing pasien untuk melakukan teknik relaksasi distraksi dengan aroma terapi lavender.
TUJUAN	1. Mengurangi dan menghilangkan rasa nyeri 2. Menurunkan ketegangan pada otot 3. Memberi rasa aman serta damai
PERALATAN	Standar Operasional Prosedur Minyak lavender dan kassa
PROSEDUR PELAKSANAAN	1. Tahap Prainteraksi a. Melihat data nyeri serta rekam medic pada pasien b. Melihat intervensi pasien yang sudah diberikan c. Mengkaji program terapi yang diberikan oleh dokter d. Hand hygiene 2. Tahap Orientasi a. Memeberikan salam serta nyapa nama pasien b. Menanyakan kepada pasien cara yang bisa digunakan agar rileks dan tempat yang paien sukai c. Menejelaskan tujuan serta prosedur kepada pasien d. Menanyakan persetujuan serta kesiapan terhadap pasien 3. Tahap Kerja a. Membaca tasmiyah b. Mengatur posisi pada pasien senyaman mungkin c. Mengatur lingkungan yang tenang serta nyaman d. Menganjurkan pasien untuk menutup mata e. Meneteskan minyak lavender ke kassa/ tisu sebanyak 3 tetes f. Meminta pasien untuk memfokuskan pikirannya pada kedua kakinya untuk rileks, kendorkan seluruh otot pada kaki, perintahkan pasien untuk

	merasakan relaksasi pada kedua kaki pasien serta menghirup aroma terapi lavender. g. Meminta pasien untuk mengalihkan pikirannya kepada kedua tangannya, kendorkan otot kedua tangan, meminta kepada pasien untuk merasakan relaksasi kedua tangan dan menghirup aroma terapi lavender h. Meminta memindahkan fokus pikiran pasien ke bagian tubuhnya, meminta pasien untuk merilekskan otot-otot tubuhnya dari otot pinggang hingga otot bahu, meminta pasien untuk merasakan relaksasi otot-otot pada tubuh serta menghirup aroma terapi lavender i. Meminta kepada pasien untuk memfokuskan pikiran pada masuknya udara melalui jalan nafas j. Membawa pasien ke tempat yang pasien sukai k. Meminta pasien untuk tetap senyum supaya otot-otot muka menjadi rileks 4. Tahap Terminasi a. Melakukan evaluasi setelah tindakan b. Membaca tahmid serta berpamitan kepada pasien c. Membereskan alat-alat d. Hand hygiene e. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan pasien
EVALUASI	Evaluasi hasil yang dicapai Kontrak pertemuan selanjutnya Mengakhiri pertemuan dengan baik
DOKUMENTASI	Tanggal atau jam dilakukan tindakan Nama tindakan Respon klien Nama dan paraf perawat

Lampiran 4

	SLOW DEEP BREATHING
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	
PENGERTIAN	<i>Slow Deep Breathing</i> merupakan teknik relaksasi dengan pernafasan secara dalam dan lambat yang dapat menurunkan rasa nyeri
TUJUAN	Relaksasi, manajemen stress, manajemen nyeri
PERALATAN	Spigmanometer
PROSEDUR PELAKSANAAN	1. Tahap Prainteraksi a. Melihat data nyeri serta rekam medic pada pasien b. Melihat intervensi pasien yang sudah diberikan c. Mengkaji program terapi yang diberikan oleh dokter d. Hand hygiene 2. Tahap Orientasi a. Memeberikan salam serta nyapa nama pasien b. Menanyakan kepada pasien cara yang bisa digunakan agar rileks dan tempat yang pasien sukai c. Menejelaskan tujuan serta prosedur kepada pasien d. Menanyakan persetujuan serta kesiapan terhadap pasien 3. Tahap Kerja Langkah-langkah slow deep breathing a. Atur pasien dengan posisi duduk maupun dengan posisi berbaring b. Letakan kedua tangan pasien diatas perut c. Ancurkan pasien untuk nafas dalam secara perlahan dan dalam melalui hidung dan tarik nafas kurang lebih 3 detik, rasakan perut mengembang saat pasien tarik nafas d. Tahan nafas hingga 3 detik e. Kerutkan bibir kemudian keluarkan melalui mulut dan hembuskan nafas perlahan-lahan selama 6 detik, rasakan perut bergerak ke bawah. f. Ulangi langkah 1 hingga 5 selama 15 menit

	g. Latihan <i>slow deep breathing</i> dapat dilakukan 2 kali sehari yaitu di pagi dan sore hari. 4. Tahap Terminasi - Melakukan evaluasi setelah tindakan - Membaca tahmid serta berpamitan kepada pasien - Membereskan alat-alat - Hand hygiene - Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan pasien
EVALUASI	Evaluasi hasil yang dicapai Kontrak pertemuan selanjutnya Mengakhiri pertemuan dengan baik
DOKUMENTASI	Tanggal atau jam dilakukan tindakan Nama tindakan Respon klien Nama dan paraf perawat



Lampiran 5

JADWAL PENELITIAN

No	Kegiatan	Des 2020	Jan 2021	Feb 2021	Mar 2021	Apr 2021	Mei 2021	Jun 2021
1	Perencanaan dan analisa situasi							
2	Penentuan objek penelitian, judul penelitian dan penyusunan proposal							
3	Pelaksanaan studi pendahuluan							
4	Pengajuan seminar proposal							
5	Uji etik penelitian							
6	Pelaksanaan penelitian : pengumpulan data dengan lembar observasi							
7	Pengelolaan data							
8	Penyusunan laporan hasil penelitian							
9	Siding hasil penelitian							

Lampiran 6

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth,
Bapak/Ibu Calon Responden Penelitian
Ditempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Program Studi Keperawatan Program Ners Stikes Muhammadiyah Gombong

Nama : Dewi Anggraeni

NIM : A32020025

Akan melakukan penelitian dengan judul “Analisa Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Benign Prostatic Hypelasia (BPH)* Dengan Terapi *Slow Deep Breathing* Dan Aroma Terapi Lavender Untuk Mengurangi Nyeri Post Operasi *Transurethral Of The Prostate (TURP)* Di Rs Pku Muhammadiyah Gombong”

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat buruk bagi Bapak/Ibu/Saudara sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk penelitian. Apabila Bapak/Ibu/Saudara menyetujui maka dengan ini saya mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk menandatangani lembar persetujuan dan apabila Bapak/Ibu/Saudara menolak menjadi responden, Bapak/Ibu/Saudara bisa mengundurkan diri dan menolak penandatanganan surat pernyataan yang diberikan oleh penelitian. Atas bantuan dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Kebumen,..... 2021

Peneliti,

(Dewi Anggraeni)

Universitas Muhammadiyah Gombong

Lampiran 7

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Nama Responden :
Alamat :
Jenis Kelamin :
No. Telephon :

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Muhammadiyah Gombong, tentang “ANALISA ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *BENIGN PROSTATIC HYPELASIA (BPH)* DENGAN TERAPI *SLOW DEEP BREATHING* DAN AROMA TERAPI LAVENDER UNTUK MENGURANGI NYERI POST OPERASI *TRANSURETHRAL OF THE PROSTATE (TURP)* DI RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG”

Setelah menerima penjelasan peneliti mengenai “Analisa Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Benign Prostatic Hypelasia (BPH)* Dengan Terapi *Slow Deep Breathing* Dan Aroma Terapi Lavender Untuk Mengurangi Nyeri Post Operasi *Transurethral Of The Prostate (TURP)* Di Rs Pku Muhammadiyah Gombong” saya mengerti bahwa penelitian ini memiliki dampak positif dan tidak menimbulkan kerugian pada responden serta keikutsertaan dalam penelitian ini tidak ada intensif atau pungutan biaya apapun. Responden yakin bahwa dalam kerahasiaan informasi yang diberikan akan dijaga dan digunakan hanya untuk kepentingan penelitian saja, serta hanya peneliti yang dapat mengetahui kerahasiaan data peneliti ini.

Demikian secara sadar, sukarela, dan tanpa paksaan dari siapapun, saya bersedia berperan sebagai responden dalam penelitian dan menandatangani lembar persetujuan ini.

Kebumen,.....2021

Saksi,

Yang bertanda tangan,

(.....)

(.....)

Lampiran 7

KEGIATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Dewi Anggraeni
 NIM : A32020025
 Nama Pembimbing : Bambang Utoyo, M. Kep

No/Hari/Tanggal Bimbingan	Topik/Materi dan saran pembimbing	Paraf Pembimbing
18 Januari 2021	Konsul judul	
20 Januari 2021	BAB 1	
2 Februari 2021	Revisi BAB 1, lanjut BAB 2, 3	
9 Maret 2021	Revisi BAB 1, 2, 3	
12 Maret 2021	Tambahkan proses nyeri	
13 Maret 2021	Acc	

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners,


 (Dadi Santoso, M. Kep)

KEGIATAN BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : Dewi Anggraeni
 NIM : A32020025
 Nama Pembimbing : Bambang Utoyo, M. Kep

No/Hari/Tanggal Bimbingan	Topik/Materi dan saran pembimbing	Paraf Pembimbing
22 Juli 2021	Konsul BAB 4-5	
3 Agustus 2021	Sekalikan pembahasan dengan hijini	
13 Agustus 2021	Jelaskan lebih rinci dalam pembahasan	
19 Agustus 2021	Acc	

Mengetahui,
 Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners,



(Dadi Santoso, M. Kep)

LEMBAR BIMBINGAN ABSTRAK

Nama Mahasiswa : Dewi Anggraeni
NIM : A32020025
Nama Pembimbing : Muhammad As'ad, M. Pd

No/Hari/Tanggal Bimbingan	Topik/Materi Dan Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
05/10/2021	Konsul Abstract	
05/10/2021	Revisi Abstract	
06/10/2021	Acc Abstract (Perbaikan)	

Mengetahui,
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners,



(Dadi Santoso, M. Kep)



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG
STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG

aCertificate

KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL
EXEMPTION
"ETHICAL EXEMPTION"

No. Protokol : 11116000004

Nomor : 039.6/11.3.AU/F/KEPK/VII/2021



Peneliti Utama
Principal in Investigator

1. Dewi Anggraeni

Nama Institusi
Name of The Institution

1. KEPK STIKES Muhammadiyah Gombong

**"ANALISA ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY (BPH) DENGAN
TERAPI SLOW DEEP BREATHING DAN AROMA TERAPI
LAVENDER UNTUK MENGURANGI NYERI AKUT POST
OPERASI TRANSURETHRAL OF THE PROSTATE
(TURP) DI RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG"**

**"ANALYSIS OF NURSING CARE IN BENIGN PROSTATIC
HYPERTROPHY (BPH) PATIENTS WITH SLOW DEEP
BREATHING THERAPY AND LAVENDER AROMA
THERAPY TO REDUCE ACUTE PAIN POST
TRANSURETHRAL OF THE PROSTATE (TURP)
SURGERY AT PKU MUHAMMADIYAH HOSPITAL
GOMBONG"**

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Layak Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 29 Juli 2021 sampai dengan tanggal 29 Oktober 2021

This declaration of ethics applies during the period July 29, 2021 until October 29, 2021

July 29, 2021
Professor and Chairperson,





**LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN MASYARAKAT
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG**

Sekretariat : Jl. Yos Sudarso no. 461 Gombong Kebumen Telp. (0267)472433
Website: www.stikesmuhammadiyahgombong.ac.id *email : lp3stikesmuago@gmail.com

No : 417.1/TV.3.LPPM/A/VII/2021
Hal : Permohonan Ijin
Lampiran : -

Gombong, 29 Juli 2021

Kepada Yth.

Direktur RS PKU Muhammadiyah Gombong

Di tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Teriring do'a semoga kita dalam melaksanakan tugas sehari-hari senantiasa mendapat lindungan dari Allah SWT. Aamiin

Selubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Pendidikan Profesi Ners STIKES Muhammadiyah Gombong, dengan ini kami mohon kesediaannya untuk memberikan ijin kepada mahasiswa kami:

Nama : Dewi Anggraeni
NIM : A32020025
Judul Penelitian : Analisa Asuhan Keperawatan pada Pasien *Benign Prostatic Hyperlasia* (BPH) dengan Terapi *Slow Deep Breathing* dan Aromaterapi Lavender untuk Mengurangi Nyeri Akut Post Operasi *Transurethral Of The Prostate* (TURP) di RS PKU Muhammadiyah Gombong
Keperluan : Ijin Penelitian

Demikian atas perhatian dan ijin yang diberikan kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb.

An Ketua LPPM
Muhammadiyah Gombong
Sekretaris

Ariska Dwi Asti, M.Kep

Mengjadi lembaga pendidikan kesehatan yang **Unggul, Modern dan Islami**



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG

PERPUSTAKAAN

Jl. Yos Sudarso No. 461, Telp./Fax. (0287) 472433 GOMBONG, 54412

Website : <http://library.stikesmuhgombong.ac.id/>

E-mail : lib.stimugo@gmail.com

SURAT PERNYATAAN CEK SIMILARITY/PLAGIASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ike Mardiaty Agustin, M.Kep.Sp.Kep.J
NIK : 06039
Jabatan : Kepala UPT STIKES Muhammadiyah Gombong

Menyatakan bahwa karya tulis di bawah ini **sudah lolos** uji cek similarity/plagiasi:

Judul : Analisa Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Benign Prostatic Hyperlasia (BPH)* Dengan Terapi Slow Deep Breathing Dan Aromaterapi Lavender Untuk Mengurangi Nyeri Akut Post Operasi *Transurethral Of The Prostate (TURP)* Di RS PKU Muhammadiyah Gombong

Nama : Dewi Anggraeni

NIM : A32020025

Program Studi : Profesi Ners

Hasil Cek : 10%

Gombong, 21 Agustus 2021

Mengetahui,

Pustakawan

Kepala UPT STIKES Muhammadiyah Gombong

(Umi Hanizati, S.P., M.A.)

(Ike Mardiaty Agustin, M.Kep.Sp.Kep.J)