

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Definisi keperawatan perioperatif

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata perioperatif adalah gabungan dari tiga fase pengalaman pembedahan yaitu *preoperative*, *intraoperative*, dan *postoperative* (Hipkabi, 2014).

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Istilah perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan yaitu *perioperative phase* atau pra operasi, *intraoperative phase* atau intra operasi, dan *postoperative phase* atau pasca operasi (Majid, 2016).

2. Tahap - Tahap Perioperatif

Menurut Muttaqin & Kumala (2013), terdapat tiga fase perioperatif yaitu :

a. Fase pra operatif

Pra operatif dimulai saat keputusan untuk melakukan pembedahan sampai berakhir di meja operasi. Pada tahap ini akan dilakukan pengkajian secara umum untuk mengetahui riwayat kesehatan pasien, sehingga intervensi yang dilakukan perawat sesuai. Pengkajian pasien pada fase pra operatif secara umum dilakukan untuk menggali permasalahan pada pasien, sehingga perawat dapat melakukan intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien. Pengkajian praoperatif pada kondisi klinik terbagi atas dua bagian, yaitu :

- 1) Pengkajian komprehensif yang dilakukan perawat pada bagian rawat inap, poli klinik, bagian bedah sehari atau unit gawat darurat.
- 2) Pengkajian klarifikasi ringkas oleh perawat perioperatif di kamar operasi.

Pengkajian pra operatif secara umum meliputi :

- 1) Pengkajian umum
- 2) Riwayat kesehatan
- 3) Pengkajian psikososiospiritual
- 4) Pemeriksaan fisik
- 5) Pengkajian diagnostik

Persiapan pre operasi yaitu :

- 1) Persiapan fisik

Berbagai persiapan yang harus dilakukan terhadap pasien sebelum dilakukan tindakan operasi menurut Majid (2016), yaitu:

- a) Pemasangan infus
- b) Berpuasa selama 8 jam
- c) Pencukuran daerah operasi
- d) Pemasangan kateter
- e) Anestesi
- f) Latihan nafas
- g) Pemberian obat – obatan
- h) Latihan batuk post operasi
- i) Pengecekan status kesehatan fisik secara umum, meliputi identitas klien penyakit seperti kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik lengkap, antara lain status hemodinamik, status kardiovaskuler, status pernafasan, fungsi ginjal dan *hepatik*, fungsi *endokrin*, fungsi imunologi dan lain-lain.

- 2) Persiapan psikis

Peranan perawat dalam mempersiapkan mental pasien pre operasi adalah dengan cara:

- a) Membantu pasien mengetahui tentang prosedur tindakan yang akan dialami pasien sebelum operasi, memberikan informasi pasien tentang waktu operasi, hal-hal yang akan

dialami pasien selama proses operasi, menunjukkan kepada pasien kamar operasi dan lain-lain.

- b) Dengan mengetahui berbagai informasi selama operasi maka diharapkan pasien menjadi lebih siap menghadapi operasi,
- c) Memberikan penjelasan terlebih dahulu prosedur tindakan setiap sebelum tindakan persiapan pre operasi.
- d) Memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk menanyakan tentang segala prosedur yang ada.
- e) Memberi kesempatan pada pasien dan keluarga untuk berdoa bersama-sama sebelum pasien diantar ke kamar operasi.

b. Fase intra operatif

Intra operatif dimulai saat pasien dipindahkan ke meja operasi dan berakhir di ruang pemulihan atau ruang pasca anestesi. Pada tahap ini pasien akan mengalami beberapa prosedur meliputi anestesi, pengaturan posisi bedah, manajemen aseptis dan prosedur tindakan invasif akan memberikan implikasi pada masalah keperawatan yang akan muncul. Pengkajian pada tahap ini lebih kompleks dan dilakukan secara cepat serta ringkas agar segera bisa dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai. Perawat berusaha untuk meminimalkan risiko cedera dan risiko infeksi yang merupakan efek samping dari pembedahan.

c. Fase post operatif

Post operatif dimulai saat pasien masuk ke ruang pemulihan sampai pasien dalam kondisi sadar sepenuhnya untuk dibawa ke ruang rawat inap. Proses keperawatan pasca operatif akan dilaksanakan secara berkelanjutan baik di ruang pemulihan, ruang intensif, maupun ruang rawat inap. Pengkajian pada tahap ini meliputi pengkajian respirasi, sirkulasi, status neurologi, suhu tubuh, kondisi luka dan drainase, nyeri, gastrointestinal, genitourinari, cairan dan elektrolit dan keamanan peralatan.

Ketika pasien sudah selesai dalam tahap intraoperatif, setelah itu pasien di pindahkan ke ruang perawatan maka hal-hal yang harus perawat lakukan, yaitu :

- 1) Monitor tanda-tanda vital dan keadaan umum pasien, *drainage, tube/* selang dan komplikasi. Begitu pasien tiba di bangsal langsung monitor kondisinya. Pemeriksaan ini merupakan pemeriksaan pertama yang dilakukan di bangsal setelah *post* operatif.
- 2) Manajemen luka
Amati kondisi luka operasi dan jahitannya, pastikan luka tidak mengalami perdarahan abnormal. Observasi *discharge* untuk mencegah komplikasi lebih lanjut. Manajemen luka meliputi perawatan luka sampai dengan pengangkatan jahitan.
- 3) Mobilisasi dini
Mobilisasi dini yang dapat dilakukan meliputi *ROM*, nafas dalam dan juga batuk efektif yang penting untuk mengaktifkan kembali fungsi neuromuskuler dan mengeluarkan sekret dan lendir.
- 4) Rehabilitasi
Rehabilitasi diperlukan oleh pasien untuk memulihkan kondisi pasien kembali. Rehabilitasi dapat berupa berbagai macam latihan spesifik yang diperlukan untuk memaksimalkan kondisi pasien seperti sedia kala.

3. Konsep Tindakan *Transurethral Resection of the Prostate*

a. Definisi *Transurethral Resection of the Prostate*

Transurethral Resection of the Prostate (TURP) merupakan suatu operasi pengangkatan jaringan prostat lewat uretra menggunakan resektroskop. *Transurethral Resection of the Prostate (TURP)* merupakan operasi tertutup tanpa insisi serta tidak mempunyai efek merugikan terhadap potensi kesembuhan dan dapat dipakai sebagai kriteria standar untuk mengurangi "*Bladder Outlet Obstruction (BOO) secondary to BPH*" (Tutiany, 2019).

Transurethral Resection of the Prostate (TURP) merupakan prosedur baku untuk penatalaksanaan kasus *BPH* dengan tindakan operasi, *TURP* memiliki kelebihan kejadian trauma yang lebih sedikit dan masa pemulihan yang lebih cepat. *Transurethral Resection of the Prostate (TURP)* dilakukan dengan menggunakan cairan irigasi agar daerah reseksi tetap terlihat dan tidak tertutup darah. Cairan yang digunakan bersifat non-ionic, cairan yang tidak menghantarkan listrik, bertujuan agar tidak terjadi hantaran listrik selama operasi. Contohnya : air steril, glisin, sorbitol/ manitol (Novelty & Dia Rofinda, 2019).

b. Indikasi Dilakukannya Tindakan *TURP*

Menurut Tutiany, 2019 Indikasi dilakukannya tindakan *TURP* yaitu :

- 1) Pasien dengan gejala sumbatan menetap
- 2) Pembesaran prostat yang progresif dan tidak dapat di terapi dengan obat
- 3) Operasi ini dilakukan pada prostat yang mengalami pembesaran 30 – 60 gram dan pasien yang tidak memiliki masalah kesehatan yang berat.

c. Kontraindikasi Dilakukannya Tindakan *TURP*

- 1) Status kardiopulmoner yang tidak stabil, seperti baru mengalami infark miokard dan dipasang *stent* arteri koroner
- 2) Riwayat kelainan perdarahan yang sulit disembuhkan
- 3) Klien dengan disfungsi sfinger uretra eksterna pada pendeita miastenia gravis, fraktur pelvis mayor
- 4) Klien dengan kanker prostat yang baru menjalani radioterapi dan kemoterapi

d. Komplikasi Setelah Tindakan *TURP*

Komplikasi setelah tindakan *TURP* yang sering muncul yaitu :

- 1) Kesulitan berkemih yang temporer, efek anestesi dapat mengurangi sensasi ingin berkemih setelah operasi. Hal ini dapat menyebabkan klien secara temporer kesulitan dalam berkemih.

- 2) Infeksi saluran kemih bawah, luka insisi akibat *TURP* menyebabkan jaringan sekitar terpapar langsung dengan urine atau kateter dan dapat menyebabkan infeksi saluran kemih bagian bawah
- 3) Rendahnya natrium dalam darah, merupakan komplikasi yang jarang terjadi, namun dapat menjadi berbahaya, sering juga disebut dengan syndrome *TUR* (*Transurethral Resection*). Hal ini terjadi ketika tubuh mengabsorpsi natrium yang disuntikkan untuk membasahi luka reseksi *TURP*
- 4) Perdarahan yang berlebihan pada urin (*hematuria*), aliran urin, mengejan, jaringan reseksi yang masuk ke dalam kandung kemih dapat menyebabkan tercampurnya darah dengan urin.
- 5) Kesulitan menahan untuk berkemih, sfingter urin internus akan hilang setelah *TURP*, klien hanya mengandalkan sfingter urin eksternus
- 6) Disfungsi seksual, belum diketahui jelas penyebabnya, namun diderita kurang lebih 70% klien pasca *TURP*. Hal ini dapat dikaitkan dengan fungsi prostat itu sendiri untuk mengeluarkan cairan yang dikeluarkan bersama dengan air mani saat ejakulasi.

e. Mekanisme Tindakan *TURP*

Transurethral Resection of the Prostate (TURP) dilakukan dengan memakai alat yang disebut resektoskop dengan suatu lengkung diathermi. Jaringan kelenjar prostat diiris selapis demi selapis dan dikeluarkan melalui selubung resektoskop. Perdarahan dirawat dengan memakai diathermi, biasanya dilakukan dalam waktu 30 sampai 120 menit tergantung besarnya prostat. Selama operasi dipakai irigasi akuades atau cairan isotonik tanpa elektrolit. Prosedur ini dilakukan dengan anestesi regional. Setelah itu dipasang kateter nomor Ch 24 untuk beberapa hari. Sering dipakai kateter bercabang tiga atau satu saluran untuk spoel yang mencegah terjadinya pembuntuan oleh pembekuan darah. Balon dikembangkan dengan mengisi cairan garam fisiologis atau akuades sebanyak 30-50 ml

yang digunakan sebagai tamponade daerah prostat dengan cara trakksi selama 6-24 jam. Trakksi dapat dikerjakan dengan merekatkan ke paha klien atau dengan memberi beban (0,5 kg) pada kateter tersebut melalui katrol. Trakksi tidak boleh lebih dari 24 jam karena dapat menimbulkan penekanan pada uretra bagian penoskrotal sehingga mengakibatkan stenosis buli-buli karena iskemi. Setelah trakksi dilonggarkan fiksasi dipindahkan pada paha bagian proximal atau abdomen bawah. Antibiotika profilaksis dilanjutkan beberapa jam atau 24 – 48 jam pasca bedah. Setelah urin yang keluar jernih kateter dapat dilepas. Kateter biasanya dilepas saat 3 – 5 hari kemudian. 14 Untuk pelepasan kateter, berikan antibiotika 1 jam sebelumnya untuk mencegah urosepsis. Biasanya klien boleh pulang setelah miksi baik, satu atau dua hari setelah kateter dilepas.

B. Tinjauan Konsep Asuhan Keperawatan

Periode perioperatif yaitu periode sebelum pembedahan atau periode praoperatif, periode selama prosedur pembedahan atau periode *intraoperative*, dan periode setelah pembedahan atau periode pascaoperatif (Muttaqin & Sari, 2013).

1. Pengkajian

a. Pengkajian Pre Operasi

Hal yang perlu dikaji sebelum dilakukannya tindakan operasi *TURP* adalah pengkajian riwayat kesehatan yang diperlukan untuk menghindari komplikasi pada intraoperatif dan pascaoperatif.

1) Pemeriksaan fisik

- a) Pemeriksaan tanda – tanda vital meliputi tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu tubuh
- b) Pemeriksaan sistem perkemihan : apakah ada penyempitan lumen uretra meliputi adanya tanda – tanda obstruksi (hesistensi, melemahnya pancaran miksi, intermitensi dan urine menetes setelah miksi) dan adanya tanda - tanda iritasi

saluran kemih (adanya peningkatan frekuensi, urgensi, nokturia dan *dysuria*).

- c) Pemeriksaan genetalia : pemeriksaan penis dan uretra bertujuan untuk mendeteksi kemungkinan stenose meatus, striktur uretra, batu uretra, karsinoma dan fimosis. Pemeriksaan skrotum juga dilakukan untuk menentukan adanya epididymitis.
- d) Pemeriksaan abdomen : dilakukan dengan teknik bimanual untuk mengetahui adanya *hidronefrosis* dan *pielonefrosis*.
 - Inspeksi : pada daerah supra simfisis akan tampak menonjol pada keadaan retensi.
 - Palpasi : teraba adanya *ballotement* dan pasien akan merasa ingin miksi.
 - Perkusi : dilakukan untuk mengetahui ada atau tidaknya residu urine.

2) Pengkajian Diagnosis

- a) Pemeriksaan laboratorium, meliputi : pemeriksaan darah lengkap
- b) Urinalisis untuk melihat adanya tanda infeksi pada saluran kemih
- c) Fungsi ginjal untuk menilai adanya gangguan fungsi ginjal
- d) Pemeriksaan *uroflowmetri*
- e) *Ultrasonografi (USG)* abdomen untuk menilai adanya batu saluran kemih
- f) Pemeriksaan EKG dan foto thoraks untuk menilai adanya gangguan jantung atau paru.

3) Premedikasi

Merupakan pemberian obat-obatan sebelum anestesi, kondisi yang diharapkan oleh anesthesiologis adalah pasien dalam kondisi tenang, hemodinamik stabil, post anestesi baik, anestesi lancar. Diberikan pada malam sebelum operasi dan 1-2 jam sebelum anestesi.

- 4) Tindakan Umum
 - a) Memeriksa catatan pasien dan program pre operasi
 - b) Pasien dijadwalkan untuk berpuasa kurang lebih selama 8 jam sebelum dilakukan pembedahan
 - c) Memastikan pasien sudah menandatangani *informed consent* pembedah
 - d) Memeriksa riwayat medis untuk mengetahui obat-obatan, pernapasan dan jantung
 - e) Memeriksa hasil catatan medis pasien seperti hasil laboratorium, EKG, dan *USG*
 - f) Memastikan pasien tidak memiliki alergi obat
- 5) Pemeriksaan Preoperasi di Ruang Operasi
 - a) Memeriksa pasien apakah sudah menggunakan identitasnya
 - b) Memeriksa tanda-tanda vital meliputi suhu, nadi, pernapasan dan tekanan darah
 - c) Mengkaji kondisi psikologis, meliputi perasaan takut atau cemas dan keadaan emosi pasien
 - d) Melakukan pemeriksaan fisik
 - e) Pasien menggunakan baju operasi
 - f) Semua perhiasan, benda-benda berharga harus dilepas
 - g) Membantu pasien untuk menggunakan topi operasi
 - h) Memastikan semua catatan pre operasi sudah lengkap dan sesuai dengan keadaan pasien

b. Pengkajian *Intra* Operasi

- 1) Pengkajian status psikologis, apabila pasien di anestesi lokal dan pasien dalam keadaan sadar maka sebaiknya perawat menjelaskan prosedur yang sedang dilakukan kepadanya dan memberi dukungan agar pasien tidak cemas atau takut menghadapi operasi
- 2) Mengkaji tanda-tanda vital bila terjadi ketidaknormalan maka perawat harus memberitahukan ketidaknormalan tersebut pada ahli bedah

3) Transfusi dan infus, monitor cairan sudah habis atau belum

c. Pengkajian *Post Operasi*

Pada asuhan keperawatan pasca operasi bertujuan untuk mengembalikan fungsi fisiologis secara optimal dimana terdiri dari asuhan keperawatan di ruang pulih sadar dan di ruang rawat. Pada pengkajian post operasi dimulai pada saat pasien keluar dari ruang operasi hingga ke ruang rawat. Setelah dilakukan pembedahan pasien akan masuk ke ruang pemulihan sampai ia pulih dari anestesi dan bersih secara medis untuk meninggalkan ruangan operasi. Pengkajian yang dilakukan di yaitu :

- a) *Airway* : kaji apakah ada tanda – tanda sumbatan pada jalan napas, apakah terdapat suara napas tambahan dan sekret pada jalan napas. Jika terdapat gerakan dada spontan berarti jalan napas lancar dan paten.
- b) *Breathing* : kaji apakah pengembangan paru spontan atau tidak. Jika tidak kemungkinan ada gangguan pada sistem pernapasan.
- c) *Circulation* : kaji apakah ada tanda – tanda perdarahan dan oedema serta kaji denyut nadi
- d) *Disability* : kaji tingkat kesadaran pasien dengan menggunakan *GCS*.
- e) Kaji tanda – tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu dan frekuensi napas
- f) Kaji kenyamanan pasien : apakah terdapat nyeri, mual dan muntah
- g) Latihan tungkai (*ROM*)
- h) Perawatan, meliputi : cairan infus, kecepatan, jumlah cairan, kelancaran cairan.
- i) Sistem drainase : bentuk kelancaran pipa, hubungan dengan alat penampung, sifat dan jumlah drainase.
- j) Kaji intensitas nyeri : waktu, tempat, frekuensi, kualitas dan faktor yang memperberat atau memperingan nyeri.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian kritis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (Muttaqin, 2013 dan SDKI, 2016).

a. Pre Operasi

- 1) Retensi urine berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra (D.0050)
- 2) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)
- 3) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)

b. Intra Operasi

- 1) Risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan (D.0112)
- 2) Risiko hipotermia dibuktikan dengan suhu lingkungan rendah (D.0140)

c. Post Operasi

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)
- 2) Risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan (D.0112)

3. Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat untuk mencapai luaran yang diharapkan (SIKI, 2018).

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan *Pre Operasi*

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Retensi urin berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra (D.0050)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam eliminasi urine membaik dengan kriteria hasil (L.04034) : 1. Sensasi berkemih meningkat 2. Desakan kandung kemih menurun 3. Distensi kandung kemih menurun 4. Berkemih tidak tuntas menurun 5. Nokturia menurun 6. <i>Dysuria</i> menurun	Katerisasi Urin (1.04148) Observasi - Periksa kondisi pasien (kesadaran, tanda-tanda vital, daerah perineal, distensi kandung kemih, inkontenensia urine, reflek berkemih) Terapeutik - Siapkan peralatan, nahan-bahan dan ruangan tindakan - Siapkan pasien : bebaskan pakaian bawah dan posisikan dorsal rekumben (untuk wanita) dan <i>supine</i> (untuk laki-laki) - Pasang sarung tangan - Bersihkan daerah perineal atau preposium dengan cairan NaCL atau aquades - Lakukan insersi kateter urine dengan menerapkan prinsip aseptik - Sambungkan kateter urin dengan urine bag - Isi balon dengan NaCl 0,9 % sesuai anjuran pabrik - Fiksasi selang kateter diatas simpisis atau dipaha - Pastikan kantung urine ditempatkan lebih rendah dari kandung kemih - Berikan label waktu pemasangan Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur pemasangan kateter urine - Anjurkan menarik napas saat insersi selang kateter

2.	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil (L09093) : <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Frekuensi pernafasan membaik 6. Frekuensi nadi membaik 7. Konsentrasi membaik 	<p>Reduksi ansietas (I.09314)</p> <p>Obeservasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor) - Identifikasi kemampuan mengambil keputusan - Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Temani pasien untuk mengurangi kecemasan - Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami - Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi - Latih teknik relaksasi - Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
3.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil (L.12111) : <ol style="list-style-type: none"> 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 4. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun 5. Perilaku membaik 	<p>Edukasi kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan Pendidikan kesehatan - Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan *Intra* Operasi

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan risiko perdarahan tidak terjadi (L.02017) dengan kriteria hasil : 1. Membran mukosa lembab 2. Kelembaban kulit meningkat 3. Tekanan darah membaik 4. Denyut nadi membaik 5. Suhu tubuh membaik	<p>Pencegahan Perdarahan (I.02067)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala perdarahan - Monitor tanda-tanda vital ortostatik - Monitor koagulasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batasi tindakan invasif, jika perlu - Hindari pengukuran suhu rektal <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu - Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu
2.	Risiko hipotermia dibuktikan dengan suhu lingkungan rendah (D.0140)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan hipotermia tidak terjadi (L.14134) dengan kriteria hasil : 1. Menggigil menurun 2. Suhu tubuh meningkat 3. Suhu kulit meningkat 4. Tekanan darah membaik	<p>Managemen Hipotermia (I.15506) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor suhu tubuh - Identifikasi penyebab hipotermia - Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang hangat (atur suhu ruangan) - Lakukan penghangatan pasif (beri selimut atau linen menutupi tubuh) - Lakukan penghangatan eksternal (<i>blanked warm</i>) - Lakukan penghangatan aktif internal (infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan *Post* Operasi

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil (L.08066) : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Keluhan sulit tidur menurun 5. Frekuensi nadi membaik 6. Pola napas membaik 7. Tekanan darah membaik 8. Pola tidur membaik	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (aromaterapi) - kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgesic secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik
2.	Risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan (D.0012)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil (L.02017): 1. Kelembaban membran mukosa meningkat 2. Kelembaban kulit meningkat 3. Perdarahan pasca operasi menurun 4. Hemoglobin membaik 5. Hematokrit membaik	<p>Pencegahan perdarahan (I.02067)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala perdarahan - Monitor nilai hematokrit/ hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah - Monitor tanda vital ortostatik - Monitor koagulasi (mis. Prontombin time (PT), (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin. <p>Terapeutik</p>

		<ol style="list-style-type: none">6. Tekanan darah membaik7. Denyut nadi membaik8. Suhu tubuh membaik	<ul style="list-style-type: none">- Pertahankan bed rest selama perdarahan- Batasi tindakan invasive, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Jelaskan tanda dan gejala perdarahan- Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan- Kolaborasi produk darah, jika perlu
--	--	---	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan realisasi rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan pada implementasi meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah diberi tindakan (Kozier, 2016). Tujuan dari implementasi keperawatan yaitu membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan manifestasi koping.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang di buat pada tahap intervensi (Potter & Perry, 2015). Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan kecukupan data yang telah dikumpulkan dan kesesuaian perilaku yang di observasi. Evaluasi diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara efektif (Nursalam, 2012).

C. Tinjauan Konsep Penyakit Benigna Prostat Hiperplasia

1. Definisi

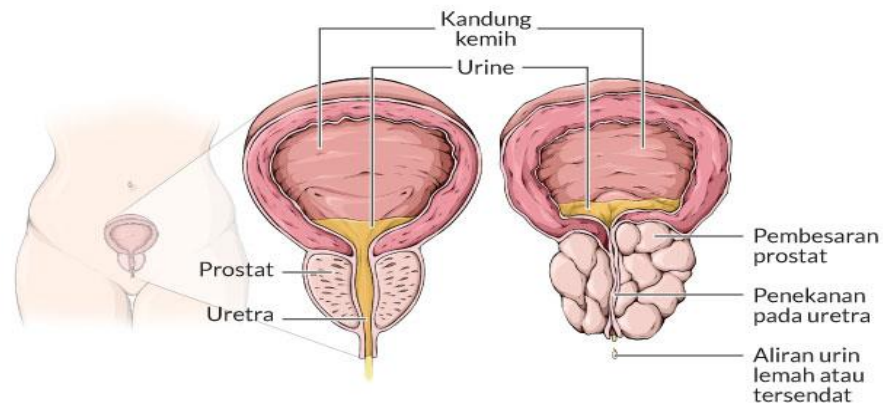
Menurut Mansjoer (2016), *Benigna Prostat Hyperplasia* merupakan pembesaran kelenjar prostat karena hiperplasia progresif dari sel-sel grandular ataupun sel - sel stroma dari jaringan prostat.

Benigna Prostat Hyperplasia (BPH) merupakan pembesaran kelenjar prostat yang bersifat jinak dikarenakan hiperplasia oleh beberapa atau semua dari komponen prostat yang terdiri dari jaringan kelenjar/ jaringan fibrimuskuler yang mampu membuat tersumbatnya uretra pars prostatika (Sasmito, 2018).

Benigna Prostat Hyperplasia merupakan pertumbuhan sel – sel kelenjar prostat yang bersifat jinak dan menyumbat uretra, sehingga

mengakibatkan terhambatnya aliran urine keluar dari buli – buli (Diyono & Mulyanti, 2019)

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1 Kelenjar Prostat

Kelenjar prostat terdiri atas jaringan dinding uretra yang mulai menonjol pada masa pubertas. Secara anatomi, prostat berhubungan erat dengan kandung kemih, uretra, vas deferens, dan vesikula seminalis. Prostat terletak di atas diafragma panggul sehingga uretra terfiksasi pada diafragma tersebut dan dapat robek bersama diafragma apabila terjadi cedera. Prostat dapat diraba dengan pemeriksaan colok dubur (Sjamsuhidajat, 2016).

Kelenjar prostat juga mengandung jaringan fibrosa dan jaringan otot polos. Kelenjar ini ditembus oleh uretra dan kedua duktus ejakulatorius dan dikelilingi oleh suatu pleksus vena. Kelenjar limfe regionalnya ialah kelenjar limfe hipogastrik, sacral, obturator, dan iliaka eskterna (Sjamsuhidajat, 2016).

3. Etiologi

Penyebab terjadinya *BPH* menurut Purnomo (2016), diantaranya antara lain:

a. *Dihydrotestosteron*

Peningkatan 5 alfa reduktase dan reseptor androgen menyebabkan epitel dan stroma dari kelenjar prostat mengalami hiperplasia.

b. Perubahan keseimbangan hormon *estrogen – testosteron*

Pada proses penuaan pada pria terjadi peningkatan hormon estrogen dan penurunan hormon testosteron sehingga mengakibatkan hiperplasia stroma.

- c. Interaksi stroma – epitel peningkatan epidermal growth faktor atau fibroblast growth faktor dan penurunan transforming growth faktor beta sehingga menyebabkan hiperplasia stroma dan epitel
- d. Berkurangnya sel yang mati Estrogen yang meningkat menyebabkan peningkatan lama hidup stroma dan epitel dari kelenjar prostat
- e. Teori sel stem terjadinya proliferasi abnormal sel stem sehingga menyebabkan produksi sel stroma dan epitel dari kelenjar prostat menjadi berlebihan.

4. Manifestasi Klinis

Menurut (Purnomo, 2016) pada umumnya pasien *BPH* datang dengan gejala traktus urinarius bawah *lower urinari tract symptoms (LUTS)* yang terdiri atas gejala obstruksi, iritasi dan generalisata.

a. Gejala Obstruksi

- 1) Miksi terputus
- 2) *Hesitancy*: saat miksi pasien harus menunggu sebelum urin keluar.
- 3) Harus mengedan saat mulai miksi
- 4) Kurangnya kekuatan dan pancaran urin
- 5) Sensasi tidak selesai berkemih Miksi ganda (berkemih untuk kedua kalinya dalam waktu ≤ 2 jam setelah miksi sebelumnya)
- 6) Menetes pada akhir miksi

b. Gejala Iritasi

- 1) Frekuensi sering miksi
- 2) *Urgensi*: rasa tidak dapat menahan lagi, rasa ingin miksi
- 3) *Nocturia*: terbangun di malam hari untuk miksi
- 4) *Inkontenensia*: urin keluar di luar kehendak
- 5) Nyeri saat miksi (*dysuria*)

- c. Gejala generalisata, seperti kelelahan, mual muntah, rasa tidak nyaman pada epigastrik.

5. Patofisiologi

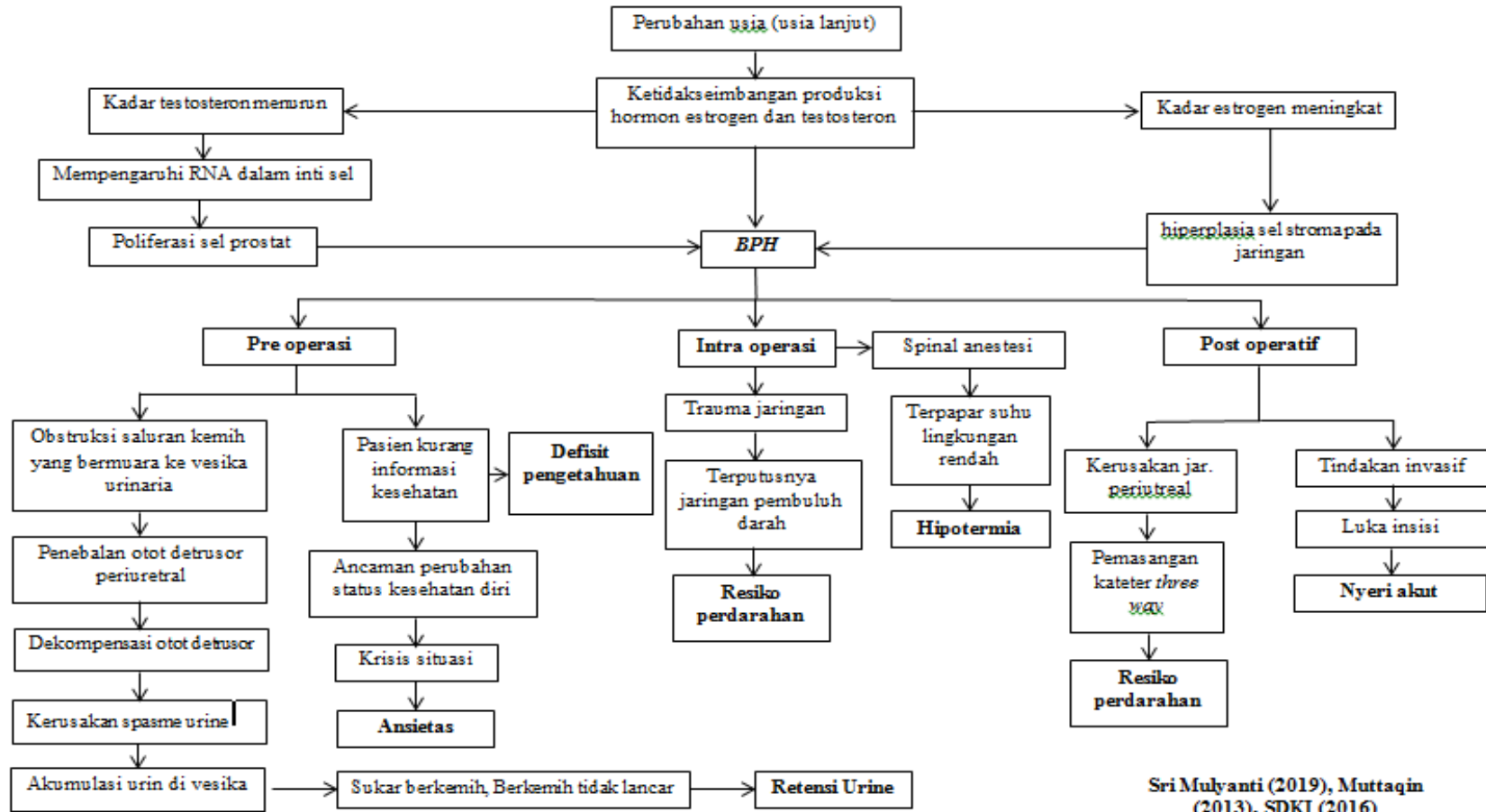
Pembesaran prostat menyebabkan penyempitan lumen uretra prostatika dan menghambat aliran urine. Keadaan ini menyebabkan peningkatan tekanan intravesikal. Untuk dapat mengeluarkan urine, buli – buli harus berkontraksi lebih kuat guna melawan tekanan itu. Kontraksi yang terus menerus ini menyebabkan anatomik buli – buli berubah pada hipertropi otot detrusor, trabekulasi, terbentuknya selula, sakula dan divertikel buli – buli. Perubahan struktur pada buli – buli tersebut, pada pasien dirasakan sebagai kelainan pada saluran kemih sebelah bawah atau *Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS)* yang dahulunya dikenal dengan gejala prostatismus.

Tekanan intravesikal yang tinggi diteruskan keseluruh bagian buli – buli tidak terkecuali pada kedua muara ureter. Tekanan pada muara ureter inin dapat menimbulkan aliran balik urine dari buli – buli ke ureter atau terjadi refluk vesiko – ureter. Keadaan ini jika berlangsung terus menerus akan mengakibatkan hidroureter, hidronefrosis, bahkan gagal ginjal.

Obstruksi yang diakibatkan oleh benigna prostat hyperplasia tidak hanya disebabkan oleh adanya massa prostat yang menyumbaturetra posterior, tetapi juga disebabkan oleh tonus – tonus otot polos yang ada pada stoma prostat, kapsul prostat dan otot polos pada leher buli – buli. Otot polos itu dipersarafi oleh serabut simpatis yang berasal dari nervis pudendus.

Pada *BPH* terjadi risiko peningkatan komponen stroma yang mempunyai epitel. Jika pada prostat normal rasio stroma dibandingkan dengan epitel adalah 2:1, pada *BPH* rasionya meningkat menjadi 4:1. Hal ini menyebabkan terjadi peningkatan tonus otot polos prostat pada *BPH* dibandingkan dengan prostat normal. Dalam hal ini massa prostat yang menyebabkan obstruksi komponen statik, sedangkan tonus otot polos yang merupakan komponen dinamik sebagai penyebab obstruksi prostat (Diyono dan Sri Mulyanti, 2019).

6. Pathway



Gambar 2.2 Pathway Benigna Prostat Hyperplasia

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Diyono dan Sri Mulyanti (2019), pada kasus *BPH* pemeriksaan penunjang yang dilakukan yaitu :

a. Laboratorium

1) Sedimen urine (kultur urine)

Pemeriksaan ini bertujuan untuk mencari kemungkinan adanya proses infeksi atau inflamasi pada saluran kemih.

2) Pemeriksaan faal ginjal

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyulit atau komplikasi yang sudah terjadi berupa penurunan fungsi ginjal.

3) Pemeriksaan gula darah

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya penyakit DM yang dapat menimbulkan kelainan persyarafan pada buli – buli.

b. Radiologi

1) Foto polos abdomen

Pemeriksaan ini bertujuan untuk membedakan retensi urine karena faktor lain. Kemungkinan adanya batu disaluran kemih, kalkulosa prostat dan bayangan buli – buli yang penuh dengan urine sebagai tanda retensi urine dipertimbangkan.

2) Pemeriksaan IVP

Untuk mengetahui kemungkinan adanya kelainan pada ginjal maupun ureter berupa hydroureter atau hydronefrosis serta dapat memperkirakan besarnya kelenjar prostat yang ditunjukkan dengan adanya ideritasi prostat (pendesakan buli – buli oleh kelenjar prostat) atau ureter dibagian distal yang berbentuk seperti mata kail (*hooked fish*).

3) Pemeriksaan *USG transektal*

Untuk mengetahui volume kelenjar prostat, menunjukkan jumlah residu dan mencari kelainan lain yang mungkin ada di buli – buli.

c. Pemeriksaan lain

Pemeriksaan derajat obstruksi prostat dapat diperkirakan dengan mengukur :

1) Residu urine (jumlah sisa urine setelah miksi)

Sisa urine ini dihitung dengan cara melakukan katerisasi setelah miksi.

2) Pancaran urine (*flow rate*)

Dihitung dengan cara menghitung jumlah urine dibagi dengan lamanya miksi berlangsung (ml/ detik) atau dengan alat urofometri yang menyajikan gambaran grafik pancaran urine.

D. Jurnal Terkait

Pada penelitian yang dilakukan oleh Haryanto & Rihiantoro, 2016 tentang “Disfungsi Ereksi Pada Penderita *Benigna Prostat Hyperplasia* di rumah sakit kota bandar lampung” didapatkan hasil bahwa pasien *Benigna Prostat Hyperplasia* sebanyak 35 orang (58.3%) dan yang tidak terdiagnosis *Benigna Prostat Hyperplasia* sebanyak 25 (41.7%). Selanjutnya pasien yang mengalami disfungsi ereksi sebanyak 21 orang (35%) dan yang tidak disfungsi ereksi sebanyak 39 orang (65%).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Zuhirman, Desby Juananda, dan Putry Lestari tahun 2017 tentang “Gambaran Komplikasi *Transurethral Resection Of The Prostate* pada pasien *Benigna Prostatic Hyperplasia* di RSUD Arifin Achmad, Provinsi Riau” didapatkan hasil bahwa jumlah pasien BPH yang menjalani operasi *TURP* di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau periode tahun 2011-2015 adalah 280 pasien dengan angka 33 kejadian komplikasi terdapat pada 93 pasien (33,2%) dengan 105 kasus. Berdasarkan usia yang terbanyak adalah 60-69 tahun. Rerata durasi reseksi pasien adalah 30 menit. Rerata berat jaringan prostat yang direseksi (*chip prostat*) adalah 30 gram. Distribusi jenis komplikasi *TURP* terbanyak adalah perdarahan intraoperatif, jenis komplikasi intraoperatif yang terbanyak adalah perdarahan, jenis komplikasi perioperatif yang terbanyak adalah retensio urin dan jenis komplikasi lanjut yang terbanyak adalah retensio urin.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Aprina , Noven Ilham Yowanda dan Sunarsih tahun 2017 tentang “Relaksasi Progresif terhadap Intensitas Nyeri Post Operasi BPH (Benigna Prostat Hyperplasia)” skala intensitas nyeri sebelum terapi relaksasi progresif didapatkan hasil mean 5.20 dengan standar deviasi 0.834. Sedangkan skala intensitas nyeri sesudah terapi relaksasi progresif didapatkan hasil mean 3.60 dengan standar deviasi 0.681 hasil uji statistik didapatkan nilai nilai p -value 0.000 (p -value $0.000 < \alpha 0.05$), maka dapat disimpulkan ada pengaruh rata-rata intensitas nyeri yang bermakna pada pasien post op *BPH (Benigna Prostat Hyperplasia)* yang sudah dilakukan tindakan teknik relaksasi progresif.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Vitri Yuliani & Riny Apriani, 2020 tentang “Faktor – faktor yang Mempengaruhi Terjadinya *Benigna Prostat Hyperplasia* di Rumah Sakit Haji Medan” didapatkan hasil bahwa faktor yang paling dominan mempengaruhi terjadinya BPH adalah melakukan kegiatan olahraga <3 kali/ minggu sebanyak 16 orang (80,0%). Olahraga yang baik apa bila dilakukan 3 kali dalam seminggu dalam waktu 30 menit, para pria yang tetap aktif berolahraga secara teratur, berpeluang lebih sedikit mengalami gangguan prostat, Karena kadar testosteron tetap tinggi dan kadar DHT dapat diturunkan sehingga dapat memperkecil resiko gangguan prostat.