

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Konsep Perioperatif

Pembedahan merupakan pengalaman unik perubahan terencana pada tubuh dan terdiri dari tiga fase yaitu pre-operatif, intra-operatif, dan pasca-operatif. Tiga fase ini secara bersamaan disebut periode perioperatif (Kozier, *et all*, 2011). Tiga fase dalam periode perioperatif, yaitu :

a. Fase Pre-operatif

Dimulai saat keputusan untuk melakukan pembedahan dibuat dan berakhir ketika klien dipindahkan ke meja operasi. Aktivitas keperawatan yang termasuk dalam fase ini antara lain mengkaji klien, mengidentifikasi masalah keperawatan yang potensial atau aktual, merencanakan asuhan keperawatan berdasarkan kebutuhan individu, dan memberikan penyuluhan pre-operatif untuk klien dan orang terdekat klien.

Fase ini lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre-operatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan pada saat pembedahan. Kegiatan keperawatan yang dilakukan pada pasien yaitu (HIPGABI, 2014) :

1) Rumah Sakit

Melakukan pengkajian perioperatif awal, merencanakan metode penyuluhan yang sesuai dengan kebutuhan pasien, melibatkan keluarga dalam wawancara, memastikan kelengkapan pre-operatif, mengkaji kebutuhan pasien terhadap transportasi dan perawatan pasca operatif.

2) Persiapan Pasien di Unit Perawatan

Persiapan fisik, status kesehatan fisik secara umum, status nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, kebersihan lambung

dan kolon, Pencukuran daerah operasi, *personal hygiene*, pengosongan kandung kemih, latihan pre-operasi.

3) Faktor Resiko Terhadap Pembedahan

Faktor resiko terhadap pembedahan antara lain : Usia, nutrisi, penyakit kronis, ketidaksempurnaan respon *neuroendokrin*, merokok, alkohol dan obat-obatan.

4) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari tindakan pembedahan. Pemeriksaan penunjang yang dimaksud adalah berbagai pemeriksaan radiologi, laboratorium, maupun pemeriksaan lain seperti *Electrocardiogram* (ECG), *Ultrasonografi* (USG), dan lain-lain.

5) Pemeriksaan Status Anastesi

Pemeriksaan status fisik untuk dilakukan pembiusan dilakukan untuk keselamatan pasien selama pembedahan. Pemeriksaan ini dilakukan karena obat dan teknik anastesi pada umumnya akan mengganggu fungsi pernafasan, peredaran darah dan sistem saraf.

6) *Inform consent*

Aspek hukum dan tanggung jawab dan tanggung gugat, setiap pasien yang akan menjalani tindakan medis, wajib menuliskan surat pernyataan persetujuan dilakukan tindakan medis (pembedahan dan anastesi).

7) Persiapan Mental/Psikis

Tindakan pembedahan merupakan ancaman potensial maupun aktual pada integritas seseorang yang akan membangkitkan reaksi stress fisiologis maupun psikologis (Barbara & Billie, 2006) dalam (HIPGABI, 2014).

b. Fase Intraoperatif

Dimulai saat klien dipindahkan ke meja operasi dan berakhir ketika klien masuk ke unit perawatan pasca anastesi (PACU, *post anesthesia*

care unit), yang juga disebut ruang pasca anestesi atau ruang pemulihan. Aktivitas keperawatan yang termasuk dalam fase ini antara lain berbagai prosedur khusus yang dirancang untuk menciptakan dan mempertahankan lingkungan terapeutik yang aman untuk klien dan tenaga kesehatan.

1) Persiapan Pasien di Meja Operasi

Persiapan di ruang serah terima diantaranya adalah prosedur administrasi, persiapan anestesi dan kemudian prosedur *drapping*.

2) Prinsip-prinsip umum

Prinsip aseptis ruangan antiseptis dan aseptis adalah suatu usaha untuk agar dicapainya keadaan yang memungkinkan terdapatnya kuman-kuman pathogen dapat dikurangi atau ditiadakan. Cakupan tindakan antiseptis adalah selain alat-alat bedah, seluruh sarana kamar operasi, alat-alat yang dipakai personel operasi (sandal, celana, baju, masker, topi, dan lain-lainnya) dan juga cara membersihkan/ melakukan desinfeksi dari kulit atau tangan (HIPKABI, 2014).

3) Fungsi keperawatan intra operatif

Perawat sirkulasi berperan mengatur ruang operasi dan melindungi keselamatan dan kebutuhan pasien dengan memantau aktivitas anggota tim bedah dan memeriksa kondisi didalam ruang operasi. Tanggung jawab utamanya meliputi memastikan kebersihan, suhu sesuai, kelembapan, pencahayaan, menjaga peralatan tetap berfungsi dan ketersediaan berbagai material yang dibutuhkan sebelum, selama, dan sesudah operasi (HIPKABI, 2014).

4) Aktivitas keperawatan secara umum

Aktivitas keperawatan yang dilakukan selama tahap intra operatif meliputi *safety management*, monitor fisiologis, monitor psikologis, pengaturan dan koordinasi *Nursing Care*.

Menurut (Majid, Judha & Istianah, 2011) anggota tim asuhan pasien intra operatif biasanya di bagi dalam dua bagian yaitu :

- a) Anggota steril, terdiri dari: ahli bedah utama/operator, asisten ahli bedah, *Scrub Nurse*/Perawat Instrumen.
- b) Anggota tim yang tidak steril, terdiri dari: ahli atau pelaksana anaestesi, perawat sirkulasi dan anggota lain (operator alat, ahli patologi, dan lainnya).

Pembagian tugas tim operasi antara lain :

a) Perawat steril :

- Mempersiapkan pengadaan alat dan bahan yang diperlukan untuk operasi.
- Membantu ahli bedah dan asisten bedah saat prosedur bedah berlangsung.
- Membantu persiapan pelaksanaan alat yang dibutuhkan seperti jarum, pisau, kassa dan instrumen yang dibutuhkan untuk operasi.

b) Perawat sirkuler :

- Mengkaji, merencanakan, mengimplementasikan dan mengevaluasi aktivitas keperawatan yang dapat memenuhi kebutuhan pasien.
- Mempertahankan lingkungan yang aman dan nyaman.
- Menyiapkan bantuan kepada tiap anggota tim menurut kebutuhan.
- Memelihara komunikasi antar anggota tim di ruang bedah.
- Membantu mengatasi masalah yang terjadi.

c. Fase Pascaoperatif

Dimulai saat klien masuk ke ruang pasca anestesi dan berakhir ketika luka telah benar-benar sembuh. Selama fase pasca operatif, tindakan keperawatan antara lain mengkaji respons klien (fisiologik dan psikologik) terhadap pembedahan, melakukan intervensi untuk

memfasilitasi proses penyembuhan dan memberikan dukungan kepada klien dan orang terdekat, dan merencanakan perawatan di rumah.

Dalam kondisi ini, tiga fase periode perioperatif dipersingkat dan fase pasca operatif dilanjutkan di rumah. Peran perawat dalam melakukan pengkajian, penyuluhan, dan tindak-lanjut penting untuk keberhasilan tujuan perawatan klien yang menerima tindakan bedah rawat jalan (Kozier, *et all*, 2011).

2. Konsep Tindakan Transurethral resection prostate (TURP)

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

Transurethral Resection of the Prostate (TURP) merupakan prosedur baku untuk terapi bedah BPH, TURP memiliki kelebihan kejadian trauma yang lebih sedikit dan masa pemulihan yang lebih cepat. 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).

Transurethral Resection of The Prostate (TURP) merupakan *gold standard* penatalaksanaan pada pasien BPH. Prosedur pembedahan yang dilakukan pada TURP untuk mengambil jaringan yang menyumbat uretra pars prostatika. *Transurethral resection prostate* (TURP) menjadi salah satu tindakan pembedahan yang paling umum dilakukan untuk mengatasi pembesaran prostat (Nuari & Widayati, 2017).

Transurethral Resection of The Prostate (TURP) merupakan suatu operasi pengangkatan jaringan prostat lewat uretra menggunakan resektoskop. TURP merupakan operasi tertutup tanpa insisi serta tidak mempunyai efek merugikan terhadap potensi kesembuhan. Operasi ini dilakukan pada prostat yang mengalami pembesaran antara 30-60 gram dan kemudian dilakukan reseksi (Mudawam, 2018).

b. Indikasi dan kontraindikasi TURP

Secara umum indikasi untuk metode TURP adalah pasien dengan gejala sumbatan yang menetap, progresif akibat pembesaran prostat, atau tidak dapat diobati dengan terapi obat lagi. Indikasi TURP adalah gejala-gejala dari sedang sampai berat, volume prostat kurang dari 60 gram dan pasien cukup sehat untuk menjalani operasi (Mudawam, 2018).

Indikasi pembedahan pada BPH adalah sebagai berikut :

- 1) Retensi urine yang berulang
- 2) Infeksi saluran kemih rekuren akibat pembesaran prostat
- 3) Hematuria berkurang
- 4) Infusensi ginjal akibat obstruksi saluran kemih pada kandung kemih
- 5) Kerusakan permanen kandung kemih atau kelemahan kandung kemih
- 6) Divertikulum yang besar pada kandung kemih yang menyebabkan pengosongan kandung kemih terganggu akibat pembesaran prostat.

Kontraindikasi TURP adalah sebagai berikut :

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

c. Komplikasi TURP

- 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.

d. Persiapan Klien TURP

1. Bila seorang perokok maka harus berhenti merokok beberapa minggu sebelum operasi, untuk menghindari gangguan proses penyembuhan.
2. Bila klien menggunakan obat seperti aspirin dan ibuprofen maka harus berhenti paling tidak 2 minggu sebelum operasi, hal ini berhubungan dengan bahwa obat tersebut mempengaruhi pembekuan darah.
3. Beritahu tentang anestesi lumbal, dan posisi saat berlangsung

4. Riwayat Penyakit harus kembali diinformasikan kepada bedah urologi seperti hipertensi, diabetes, anemia, pernah mengalami operasi apa sebelumnya.
5. Informasikan kepada bedah urologi tentang obat dan suplemen yang dikonsumsi, baik yang ada resepnya dari dokter atau non-resep.
6. Pemeriksaan diagnostik (CBC, *coagulation profile*, *urinalis*, *X-ray*, *CT abdomen*)
7. Puasa paling tidak 8 jam sebelum operasi

e. Mekanisme TURP

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 anastesi 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 traksi selama 6-24 jam. Traksi dapat dikerjakan dengan merekatkan ke paha klien atau dengan memberi beban (0,5 kg) pada kateter tersebut melalui katrol. Traksi tidak boleh lebih dari 24 jam karena dapat menimbulkan penekanan pada uretra bagian penoskrotal sehingga mengakibatkan stenosis buli-buli karena iskemi. Setelah traksi 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. 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.

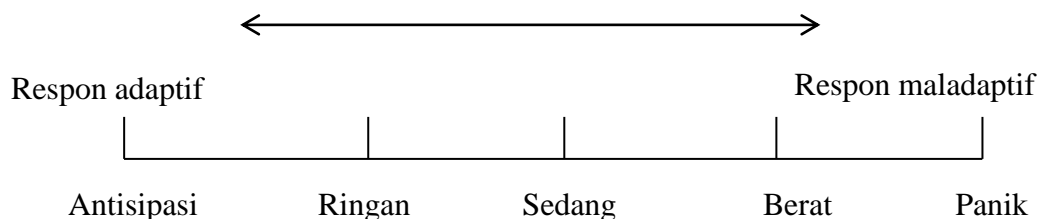
B. Tinjauan Konsep Asuhan Keperawatan

Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual dan mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau prosedur invasif (AORN, 2013).

Asuhan keperawatan perioperatif dilakukan pada sebelum operasi, saat operasi dan setelah operasi. Menurut Rosdahl & Kowalski (2017) penatalaksanaan pada asuhan keperawatan pada kasus BPH yaitu :

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian difokuskan pada area yang bermasalah. Pengkajian psikologis dilakukan untuk menilai tingkat kecemasan praoperasi disebabkan oleh ketidaktahuan pada konsekuensi pembedahandan rasa takut terhadap prosedur pembedahan itu sendiri. Berbagai dampak psikologis yang muncul akibat kecemasan praoperasi seperti marah, menolak, atau apatis terhadap kegiatan keperawatan. Kecemasan juga dapat menimbulkan perubahan secara fisik maupun psikologis yang akhirnya mengaktifkan saraf otomom simpatis sehingga meningkatkan denyut jantung, peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi napas, dan secara umum dapat mengurangi energi pada pasien. Berdasarkan konsep psikoneuroimunologi, kecemasan merupakan stresor yang dapat menurunkan sistem imunitas tubuh (Muttaqin & Sari, 2009).



Gambar 2.1 Rentang Respon Kecemasan

(Stuart & Sandra J. Sundeen, 2005)

Pada ansietas ringan dan sedang, individu dapat memproses informasi, belajar, dan menyelesaikan masalah. Pada kenyataannya, tingkat ansietas ini memotivasi pembelajaran dan perubahan perilaku. Ketika individu mengalami ansietas berat dan panik, keterampilan bertahan yang lebih sederhana mengambil alih, proses defensif terjadi, dan keterampilan kognitif menurun secara signifikan. Individu yang mengalami ansietas berat akan sulit berfikir dan melakukan pertimbangan, otot-ototnya menjadi tegang, tanda-tanda vital meningkat, dan memperlihatkan kegelisahan, kemarahan dan iritabilitas (Videbeck, 2008). Kecemasan (*anxietas*) dapat ditimbulkan oleh bahaya dari dalam diri seseorang dan pada umumnya ancaman itu samar-samar. Bahaya dari dalam, timbul bila ada sesuatu hal yang tidak dapat diterimanya, misal pikiran, perasaan, keinginan, dan dorongan (Giatika & Tutuk, 2017).

a. Anamnesis

1) Identitas klien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, nomer register, tanggal masuk rumah sakit, diagnosis medis (Padila, 2012).

2) Keluhan utama

Menurut penelitian Putu (2018) utama pada pasien Benigna Prostat Hiperplasia adalah keluhan sulit berkemih dan rasa nyeri yang bersifat aktual. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien digunakan :

- a) *Provoking incident* : Apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presipitasi nyeri.
- b) *Quality of pain* : Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
- c) *Region : Radiation, relief* : Apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- d) *Severity (scale) of pain* : Seberapa jauh rasa nyeri yang

dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit memengaruhi kemampuan fungsinya.

- e) *Time* : Berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

3) Riwayat Kesehatan

Riwayat penyakit sekarang : Keluhan yang sering dialami klien BPH dengan istilah LUTS (*Lower Urinary Tract Symtoms*). Antara lain: hesistansi, pancaran urin lemah, intermittensi, ada sisa urine pasca miksi, frekuensi dan disuria (jika obstruksi meningkat).

Riwayat penyakit dahulu : tanyakan pada klien riwayat penyakit yang pernah diderita, dikarenakan orang yang sebelumnya mengalami ISK dan faal darah beresiko terjadinya penyulit pasca bedah (Prabowo, 2014).

4) Riwayat alergi

Perawat perlu mewaspadaai adanya alergi terhadap berbagai obat yang mungkin diberikan selama fase intraoperatif.

5) Pemeriksaan Fisik

- a) Pemeriksaan yang dilakukan secara *head to toe* yang difokuskan pada area genetalia dan rektum.
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital yang dilakukan sebelum operasi, saat operasi dan sesudah operasi.

2. Diagnosa Keperawatan dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2018)

a. Diagnosa Keperawatan Pre Operatif

- Retensi urine berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra (D.0050)
- Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (spasme kandung kemih) (D.0077)
- Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)

b. Diagnosa Keperawatan Intra Operatif

- Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan

pembedahan (D.0012)

- Risiko hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah (D.0140)

c. Diagnosa Keperawatan Post Operatif

- Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan) (D.0077)
 - Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan (D.0012)

3. Intervensi Keperawatan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SLKI,2018)

a. Diagnosa pre operatif

1) Retensi urine berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra (D.0050)

a) Definisi : Pengosongan kandung kemih yang tidak lengkap (SDKI, 2017).

b) Gejala dan tanda mayor :

Data Subjektif :

- Sensasi penuh pada kandungan kemih

Data Objektif :

- Disuria/anuria
- Distensi kandung kemih

c) Rencana Keperawatan :

Observasi

- Periksa kondisi pasien (mis, kesadaran, tanda tanda vital, daerah perineal, distensi kandung kemih, inkontenesua urine, reflex berkemih).

Teraupetik

- Siapkan peralatan, bahan bahan dan ruangan tindakan
- Siapkan pasien : bebaskan pakaian bawah dan posisikan dorsal rekumben
- Pasang sarung tangan

- Bersihkan daerah perineal atau propositium dengan cairan NaCl atau aquadest
- Lakukan insersi kateter urine dengan menerapkan prinsip aseptik
- Sambungkan kateter urine dengan urine bag
- Isi balon dengan dengan Nacl 0.9 % sesuai anjuran pabrik
- Fiksasi selang kateter diatas simpisis atau di paha
- Pastikan kantung urine ditempatkan lebih rendah dari kandung kemih
- Berikan label waktu pemasangan

Edukasi

- Jelaskan tujuan dan prosedur pemasangan kateter urine
- Anjurkan menarik nafas saat insersi selang kateter

2) Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (spasme kandung kemih) (D.0077)

a) Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (SDKI, 2017)

b) Gejala dan tanda mayor:

Data Subjektif:

- Mengeluh nyeri

Data Objektif:

- Tampak meringis
- Bersikap protektif (mis. waspada posisi menghindari nyeri)
- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur

c) Rencana Keperawatan

Managemen Nyeri (I.08238)

Observasi

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensita nyeri
- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi respons nyeri non verbal
- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Terapeutik

- Berikan teknik nonfarmakologis (misal: terapi musik, terapi pijat)

Edukasi

- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

3) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)

a) Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu yang melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (SDKI, 2017)

b) Data dan tanda mayor :

Data Subyektif :

- Merasa bingung
- Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- Sulit berkonsentrasi

Data Objektif :

- Tampak gelisah
- Tampak tegang
- Sulit tidur

b. Diagnosa Keperawatan Intra Operatif

1) Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan (D.0012)

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

b) Faktor Risiko : Tindakan pembedahan

c) Rencana Keperawatan :

Pencegahan Perdarahan (I.02067)

Observasi

- Monitor tanda dan gejala perdarahan
- Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah
- Monitor tanda-tanda vital ortostatik
- Monitor koagulasi

Terapeutik

- Pertahankan bedrest selama perdarahan
- Batasi tindakan invasif, *jika perlu*
- Gunakan kasur pencegah dekubitus
- Hindari pengukuran suhu rektal

Edukasi

- Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi
- Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk mencegah konstipasi
- Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan
- Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K

- Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, *jika perlu*
- Kolaborasi pemberian produk darah, *jika perlu*
- Kolaborasi pemberian pelunak tinja, *jika perlu*

2) Risiko hipotermia perioperatif berhubungan dengan tindakan pembedahan D.0141)

a) **Definisi** : Berisiko mengalami penurunan suhu tubuh di bawah 36°C secara tiba-tiba yang terjadi satu jam sebelum pembedahan hingga 24 jam setelah pembedahan.

b) Faktor Risiko

- Prosedur pembedahan
- Suhu lingkungan rendah

c) Rencana Keperawatan :

Managemen Hipotermia (I.15506)

Observasi

- Monitor suhu tubuh
- Monitor tanda-tanda vital

Terapeutik

- Monitor suhu lingkungan
- Gunakan warm blanket

Kolaborasi

- Lakukan penghangatan aktif internal (infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)

c. Diagnosa Keperawatan Post Operatif

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan) (D.0077)

a) Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (SDKI, 2017)

b) Gejala dan tanda mayor :

Data Subjektif:

- Mengeluh nyeri

Data Objektif:

- Tampak meringis
- Bersikap protektif (mis. waspada posisi menghindari nyeri)
- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur

c) Rencana Keperawatan :

Managemen Nyeri (I.08238)

Observasi

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensita nyeri
- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi respons nyeri non verbal
- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Terapeutik

- Berikan teknik nonfarmakologis (misal: terapi musik, terapi pijat)

Edukasi

- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

2) Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan (D.0012)

a) **Definisi** : Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga ke luar tubuh).

b) Faktor Risiko

- Tindakan pembedahan

c) Rencana Keperawatan

Pencegahan Perdarahan (I.02067)

Observasi

- Monitor tanda dan gejala perdarahan
- Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah
- Monitor tanda-tanda vital ortostatik
- Monitor koagulasi

Terapeutik

- Pertahankan bedrest selama perdarahan
- Batasi tindakan invasif, *jika perlu*
- Gunakan kasur pencegah dekubitus
- Hindari pengukuran suhu rektal

Edukasi

- Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi
- Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk mencegah konstipasi

- Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan
- Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
- Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, *jika perlu*
- Kolaborasi pemberian produk darah, *jika perlu*
- Kolaborasi pemberian pelunak tinja, *jika perlu*

4. Evaluasi Keperawatan dalam Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018)

a. Diagnosa Pre Operatif

1) Retensi urine berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra (D.0050)

Tujuan asuhan keperawatan menurut SLKI (PPNI, 2018) : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan eliminasi urine membaik (L.04034), dengan kriteria hasil :

- Sensasi berkemih meningkat (5)
- Desakan berkemih (urgensi) menurun (5)
- Distensi kandung kemih menurun (5)
- Berkemih tidak tuntas (*hesitancy*) menurun (5)
- Volume residu urine menurun (5)
- Frekuensi BAK membaik (5)
- Karakteristik urine membaik (5)

2) Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik (spasme kandung kemih) (D.0077)

Tujuan asuhan keperawatan menurut SLKI (PPNI, 2018) : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil :

- Keluhan nyeri menurun (5)
- Meringis, sikap protektif dan gelisah menurun (5)

- Diaforesis menurun (5)
- Frekuensi nadi, pola nafas dan tekanan darah membaik (5)

3) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)

Tujuan asuhan keperawatan menurut SLKI (PPNI, 2018) :
Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Ansietas dapat terkontrol, dengan kriteria hasil :

- Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi cukup menurun (5)
- Perilaku tegang dan gelisah cukup menurun (5)
- Frekuensi pernapasan, nadi, dan tekanan darah cukup menurun (5)
- Pucat dan tremor cukup menurun (5)

b. Diagnosa Keperawatan Intra Operatif

1) Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan (D.0012)

Tujuan asuhan keperawatan menurut SLKI (PPNI, 2018) :
Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan risiko perdarahan tidak terjadi (L.02017) dengan kriteria hasil :

- Tidak ada tanda-tanda perdarahan (5)
- Membran mukosa lembab (5)
- Kelembaban kulit meningkat (5)
- Keluhan nyeri menurun (5)
- Ekspresi meringis menurun (5)

2) Risiko hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah (D.0140)

Tujuan asuhan keperawatan menurut SLKI (PPNI, 2018) :
Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan hipotermia tidak terjadi (L.14134) dengan kriteria hasil :

- Suhu tubuh pasien normal (5)
- Pasien tidak menggigil (5)

c. Diagnosa Keperawatan Post Operatif

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan) (D.0077)

Tujuan asuhan keperawatan menurut SLKI (PPNI, 2018) :
Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil :

- Keluhan nyeri menurun (5)
- Meringis, sikap protektif dan gelisah menurun (5)
- Diaforesis menurun (5)
- Frekuensi nadi, pola nafas dan tekanan darah membaik (5)

2) Risiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan (D.0012)

Tujuan asuhan keperawatan menurut SLKI (PPNI, 2018) :
Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan risiko perdarahan tidak terjadi L.02017) dengan kriteria hasil :

- a) Tidak ada tanda-tanda perdarahan (5)
- b) Membran mukosa lembab (5)
- c) Kelembaban kulit meningkat (5)
- d) Keluhan nyeri menurun (5)
- e) Ekspresi meringis menurun (5)

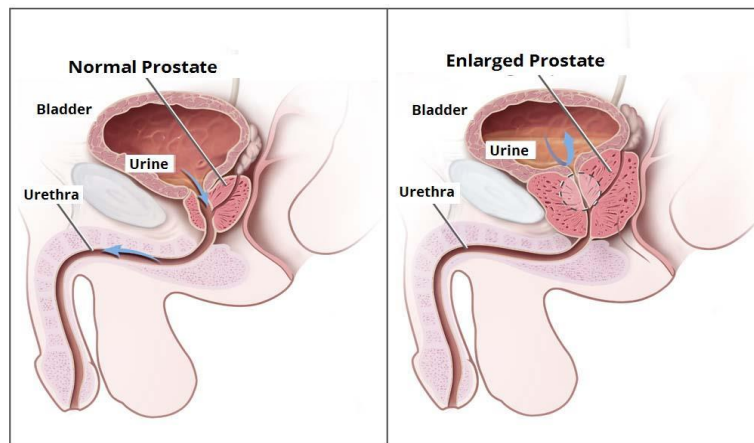
C. Tinjauan Konsep Penyakit Benigna Prostat Hiperplasia (BPH)

1. Pengertian

Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) adalah suatu keadaan dimana kelenjar prostat mengalami pembesaran, memanjang ke atas ke dalam kandung kemih dan menyumbat aliran urine dengan menutup *orifisium uretra* (Azizah, 2018).

Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) merupakan pembesaran jinak dari kelenjar prostat yang 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).

2. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.2 Kelenjar Prostat (Lee, 2012)

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 diatas diafragma panggul sehingga uretra terfiksasi pada diafragma tersebut dan dapat robek bersama diafragma apabila terjadi cedera. Prostat dapat diraba dengan pemeriksaan colok dubur (Sjamsuhidajat, 2012).

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, 2012).

3. Tanda dan gejala

Menurut (Purnomo, 2019) pada umumnya pasien BPH datang dengan gejala truktus urinarius bawah (*lower urinari tract symtoms-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 (disuria)

c. Gejala generalisata

Seperti kelelahan, mual muntah, rasa tidak nyaman pada epigastrik.

4. Etiologi

Hingga sekarang masih belum diketahui secara pasti penyebab terjadinya BPH, tetapi beberapa hipotesis menyebutkan bahwa BPH erat kaitannya dengan peningkatan kadar *dihydrotestosterone* (DHT) dan proses penuaan. Beberapa hipotesis yang diduga sebagai penyebab timbulnya hiperplasia prostat adalah sebagai berikut :

a. Teori *Dihydrotestosterone* (DHT)

Pertumbuhan kelenjar prostat sangat tergantung pada hormon testosteron. Kelenjar prostat, hormon ini akan diubah menjadi metabolit aktif *Dihydrotestosterone* (DHT) dengan bantuan enzim 5 α – reduktase. DHT inilah yang secara langsung memicu m-RNA di dalam sel-sel kelenjar prostat untuk mensintesis protein *growth factor* yang memacu pertumbuhan kelenjar prostat.

Berbagai penelitian, aktivitas enzim 5 α – reduktase dan jumlah reseptor androgen lebih banyak pada BPH. Hal ini menyebabkan sel-sel prostat menjadi lebih sensitif terhadap DHT sehingga replikasi sel lebih banyak terjadi dibandingkan dengan prostat normal (Darmawan, 2014).

b. Ketidakseimbangan antara estrogen testosteron

Pria dengan usia yang semakin tua, kadar tetosteron makin menurun, sedangkan kadar estrogen relatif tetap, sehingga perbandingan estrogen dan testosterone relatif meningkat. Estrogen di dalam prostat berperan dalam terjadinya proliferasi sel-sel kelenjar prostat dengan cara meningkatkan sensitivitas sel-sel prostat terhadap rangsangan hormon androgen, meningkatkan jumlah reseptor androgen dan menurunkan jumlah kematian sel-sel prostat (apoptosis). Akibatnya, dengan testosteron yang menurun merangsang terbentuknya sel-sel baru, tetapi sel-sel prostat yang telah ada memiliki usia yang lebih panjang sehingga massa prostat menjadi lebih besar (Darmawan, 2014).

c. Interaksi stroma-epitel

Diferensiasi dan pertumbuhan sel epitel prostat secara tidak langsung dikontrol oleh sel-sel stroma melalui suatu mediator (*growth factor*). Setelah sel stroma mendapatkan stimulasi dari DHT dan estradiol, sel-sel stroma mensintesis suatu *growth factor* yang selanjutnya mempengaruhi sel stroma itu sendiri, yang menyebabkan

terjadinya proliferasi sel-sel epitel maupun stroma (Darmawan, 2014).

d. Berkurangnya kematian sel prostat

Apoptosis sel pada sel prostat adalah mekanisme fisiologi homeostatis kelenjar prostat. Jaringan normal terdapat keseimbangan antara laju proliferasi sel dengan kematian sel. Berkurangnya jumlah sel-sel prostat yang apoptosis menyebabkan jumlah sel-sel prostat secara keseluruhan makin meningkat sehingga mengakibatkan penambahan massa prostat. Diduga hormon androgen berperan dalam menghambat proses kematian sel karena setelah dilakukan kastrasi, terjadi peningkatan aktivitas kematian sel kelenjar prostat (Darmawan, 2014).

e. Teori sel stem

Untuk mengganti sel-sel yang telah mengalami apoptosis, selalu dibentuk sel-sel baru. Dalam kelenjar prostat dikenal suatu sel stem, yaitu sel yang mempunyai kemampuan berproliferasi sangat ekstensif. Kehidupan sel ini bergantung pada hormon androgen, dimana jika kadarnya menurun (misalnya pada kastrasi), menyebabkan terjadinya apoptosis. Sehingga terjadinya proliferasi sel-sel pada BPH diduga sebagai ketidaktepatan aktivitas sel stem sehingga terjadi produksi yang berlebihan sel stroma maupun sel epitel (Darmawan, 2014).

5. Klasifikasi

Menurut Tjahjodjati, dkk (2017), BPH terbagi dalam 4 derajat sesuai dengan gangguan klinisnya, yaitu :

- a. Derajat I, ditemukan penonjolan prostat 1-2 cm, sisa urin kurang dari 50 cc, pancaran lemah, nokturia, berat \pm 20 gram.
- b. Derajat II, keluhan miksi terasa panas, disuria, nokturia bertambah berat, suhu badan tinggi (menggigil), nyeri daerah pinggang, prostat lebih menonjol, batas atas masih teraba, sisa urin 50-100 cc dan beratnya \pm 20-40 gram.

- c. Derajat III, gangguan lebih berat dari derajat dua, batas sudah tidak teraba, sisa urin lebih 100 cc, penonjolan prostat 3-4 cm dan beratnya 40 gram.
- d. Derajat IV, inkontinensia, prostat lebih dari 4 cm, beberapa penyulit ke ginjal seperti gagal ginjal, hidronefrosis.

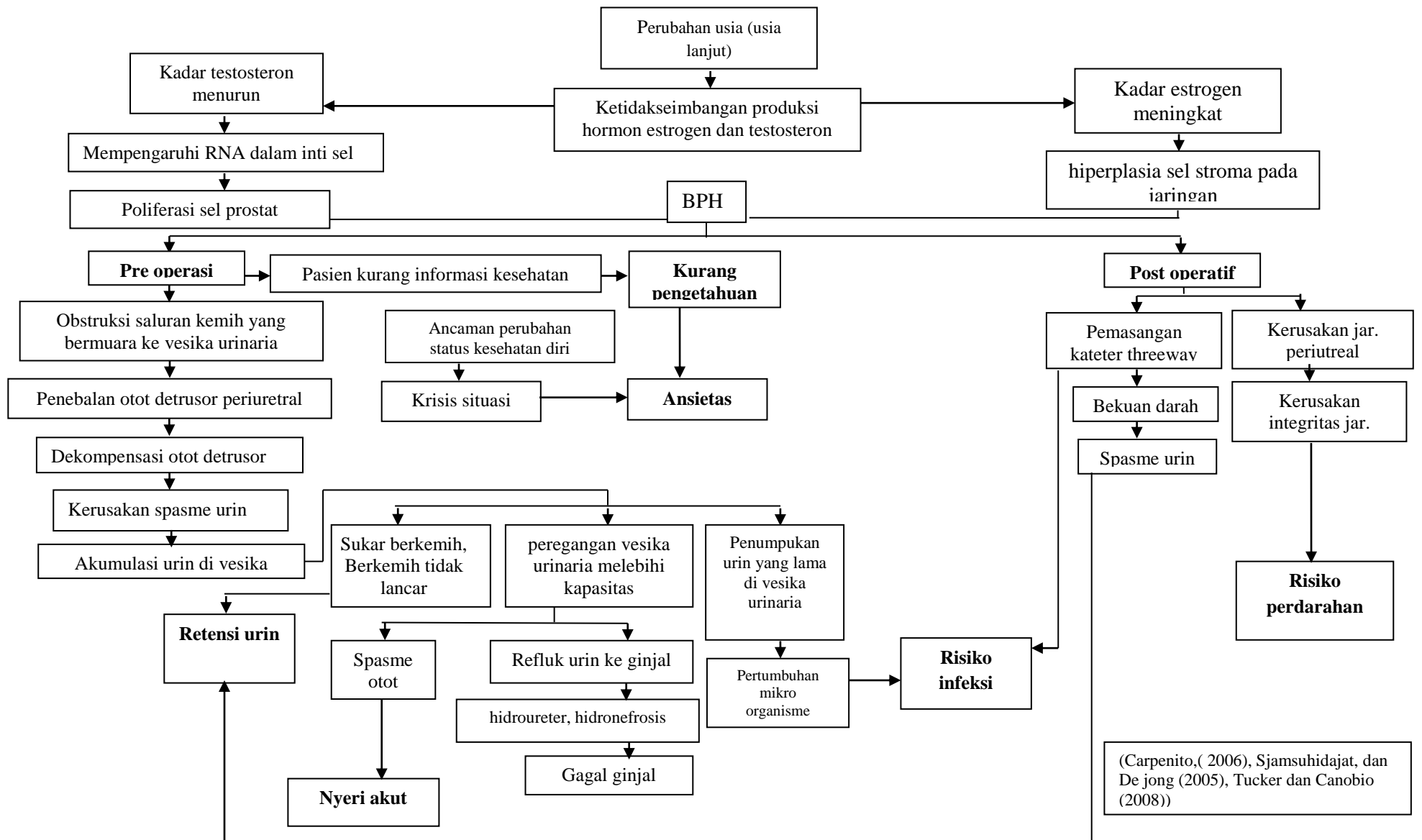
6. Patofisiologi

Pertama kali BPH terjadi salah satunya karena faktor bertambahnya usia, dimana terjadi perubahan keseimbangan *testosterone*, *estrogen*, karena produksi *testosterone* menurun, produksi *estrogen* meningkat dan terjadi konversi *testosterone* menjadi *estrogen* pada jaringan adipose di perifer. Keadaan ini tergantung pada hormon *testosterone*, yang di dalam sel-sel kelenjar prostat hormon ini akan dirubah menjadi *dehidrotestosteron* (DHT) dengan bantuan enzim *alfa reduktase*. *Dehidrotestosteron* inilah yang secara langsung memacu m-RNA di dalam sel-sel kelenjar prostat untuk mensistesis protein sehingga mengakibatkan kelenjar prostat mengalami hiperplasia yang akan meluas menuju kandung kemih sehingga mempersempit saluran uretra prostatika dan penyumbatan aliran urine (Azizah, 2018).

Keadaan ini menyebabkan peningkatan tekanan intravesikal. Untuk dapat mengeluarkan urin, buli-buli harus berkontraksi lebih kuat guna melawan tahanan itu. Kontraksi yang terus-menerus ini menyebabkan perubahan anatomi dari buli- buli berupa hipertrofi otot detrusor, trabekulasi, terbentuknya selula, sakula, dan divertikel buli-buli. Fase penebalan otot detrusor ini disebut fase kompensasi. Perubahan struktur pada buli-buli dirasakan oleh pasien sebagai keluhan pada saluran kemih sebelah bawah atau *lower urinary tract symptom* (LUTS) yang dahulu dikenal dengan gejala-gejala prostatismus (Azizah, 2018).

Semakin meningkatnya resistensi uretra, otot detrusor masuk ke dalam fase dekompensasi dan akhirnya tidak mampu lagi untuk berkontraksi sehingga terjadi retensi urin. Retensi urine ini diberikan obat-obatan non invasif tetapi obat-obatan ini membutuhkan waktu yang lama, maka penanganan yang paling tepat adalah tindakan pembedahan,

salah satunya adalah TURP. TURP adalah suatu operasi pengangkatan jaringan prostat lewat uretra menggunakan resektroskop, dimana resektroskop merupakan endoskop dengan tabung 10-3-F untuk pembedahan uretra yang dilengkapi dengan alat pemotongan dan *counter* yang disambungkan dengan arus listrik (Azizah, 2018).



Gambar 2.3 Pathway

7. Penatalaksanaan

Menurut Haryono (2012), penatalaksanaan BPH meliputi :

a. Terapi medikamentosa

- 1) Penghambat adrenergik, misalnya prazosin, doxazosin, afluzosin.
- 2) Penghambat enzim, misalnya finasteride
- 3) Fitoterapi, misalnya eviprostat

b. Terapi bedah

Waktu penanganan untuk tiap pasien bervariasi tergantung beratnya gejala dan komplikasi, adapun macam-macam tindakan bedah meliputi :

1) Prostatektomi

- a) Prostatektomi suprapubis, adalah salah satu metode mengangkat kelenjar melalui insisi abdomen yaitu suatu insisi yang di buat kedalam kandung kemih dan kelenjar prostat diangkat dari atas.
- b) Prostatektomi perineal, adalah mengangkat kelenjar melalui suatu insisi dalam perineum.
- c) Prostatektomi retropubik, adalah suatu teknik yang lebih umum dibanding pendekatan suprapubik dimana insisi abdomen lebih rendah mendekati kelenjar prostat yaitu antara arkuspubis dan kandung kemih tanpa memasuki kandung kemih.

2) Insisi prostat transurethral (TUIP)

Suatu prosedur menangani BPH dengan cara memasukkan instrumen melalui uretra. Cara ini diindikasikan ketika kelenjar prostat berukuran kecil (30 gr/kurang) dan efektif dalam mengobati banyak kasus dalam BPH.

3) Transuretral Reseksi Prostat (TURP)

Prosedur operasi pengangkatan jaringan prostat lewat uretra menggunakan resektroskop dimana resektroskop merupakan endoskopi dengan tabung 10-3-F untuk pembedahan uretra yang dilengkapi dengan alat pemotong dan counter yang disambungkan dengan arus listrik.

8. Pemeriksaan Penunjang

- a. Analisis urin dan mikroskopik urin untuk melihat adanya sel leukosit, sedimen, eritrosit, bakteri, dan infeksi. Jika terdapat hematuri harus diperhatikan adanya penyebab lain seperti keganasan pada saluran kemih, batu, infeksi saluran kemih, walaupun BPH sendiri dapat menyebabkan hematuria. Elektrolit, kadar ureum, dan kreatinin merupakan informasi dasar dari fungsi ginjal dan status metabolik.
- b. Prostat spesifik anti gen (PSA) bersifat spesifik tetapi tidak spesifik kanker. Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai bagaimana perjalanan penyakit BPH selanjutnya. Nilai PSA >4 ng/mL merupakan indikasi tindakan biopsi prostat. Rentang normal nilai PSA sebagai berikut :
 - (1) 40-49 tahun: 0-2,5 ng/mL
 - (2) 50-69 tahun: 0-3,5 ng/mL
 - (3) 60-69 tahun: 0-4,5 ng/mL
 - (4) 70-79 tahun: 0-6,5 ng/mL
- c. Pemeriksaan darah lengkap mencakup Hb, leukosit, eritrosit, hitung jenis leukosit, CT, BT, golongan darah, Hmt, trombosit, BUN, kreatinin serum (Sjamsuhidajat, 2016).
- d. Pemeriksaan radiologis antara lain : foto polos abdomen dapat dilihat adanya batu pada traktus urinarius, pembesaran ginjal atau buli-buli, dapat juga dilihat lesi osteoplastik sebagai tanda metastase dari keganasan prostat serta osteoporosis akibat kegagalan ginjal. Pielografi intravena dapat dilihat supresi komplis

dari fungsi renal, hidronefrosis dan hidroureter, gambaran ureter berbelok-belok di vesika urinaria, residu urin.

- e. Ultrasonografi dapat diperkirakan besarnya prostat, memeriksa massa ginjal, mendeteksi residu ginjal, dan batu ginjal. BNO/IVP untuk menilai apakah ada pembesaran dari ginjal, apakah terlihat bayangan radioopak daerah traktus urinarius. IVP untuk melihat atau mengetahui fungsi ginjal, apakah ada hidronefrosis, dengan IVP buli-buli dapat dilihat sebelum, sementara, dan sesudah isinya dikencingkan. Sebelum kencing adalah untuk melihat adanya tumor, divertikel. Saat kencing (*voiding cystografi*) untuk melihat adanya refluks urin. Sesudah kencing untuk menilai residu urin (Sjamsuhidajat, 2016).

D. Jurnal Terkait

1. Penelitian yang dilakukan oleh Zuhirman, Desby Juananda, dan Putry Lestari tahun 2016 yang berjudul Gambaran Komplikasi *Transurethral Resection of the Prostate* pada Pasien *Benign Prostatic Hyperplasia* di RSUD Arifin Achmad, Provinsi Riau didapatkan hasil bahwa kumulah pasien BPH yang menjalani TURP di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau periode tahun 2011-2015 adalah 280 pasien dengan angka 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.
2. Penelitian yang dilakukan oleh Muliana, Suci Khasanah, dan Susanti (2016) yang berjudul Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Peningkatan Tekanan Darah Pada Pasien Pre Operasi Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) di RSUD Prof.Dr.Margono Soekarjo didapatkan

hasil setengah dari total responden mengalami ansietas sedang sebanyak 15 responden (50%). Sebagian responden mengalami kenaikan tekanan darah sebanyak 19 responden (63,3%). Sehingga, dapat disimpulkan bahwa ada hubungan signifikan antara tingkat kecemasan dan kenaikan tekanan darah tinggi pada pasien BPH saat pre operasi dengan *p value* : 0,0003.

3. Penelitian yang dilakukan oleh Hamim, dkk yang berjudul hubungan disfungsi seksual dengan kualitas hidup pada pasien Benigna Prostat Hiperplasia di poli bedah RSUD Kanjuruhan Malang tahun 2015 didapatkan nilai rata-rata 51.15 dan memiliki nilai presentasi 60% atau 24 orang mengalami disfungsi seksual sedang. Kualitas hidup memiliki presentasi 57.5% atau 23 orang memiliki kualitas hidup sedang.
4. Penelitian yang dilakukan Minana, dkk yang berjudul *Severity Profiles In Patients Diagnosed Of Benign Prostatic Hyperplasia In Spain* tahun 2013 didapatkan hasil bahwa derajat kualitas hidup pasien Benigna Prostat Hiperplasia terbanyak adalah pada umumnya tidak puas sebesar 42.7%.
5. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Khamami dkk, 2018 yang berjudul Hubungan Traksi Kateter Terhadap Lamanya Perdarahan Pasca Operasi Transvesica Prostatektomy (TVP) di RSUD Dr. Soedirman Kebumen, responden paling banyak dengan rentang umur 66-75 tahun sebanyak 7 responden (50%). Posisi kaki yang paling banyak ditemukan yaitu lurus sebanyak 8 responden (57%), waktu perdarahan paling banyak pada rentang waktu 12-24 jam sebanyak 6 responden (43%), kesimpulannya terdapat hubungan yang signifikan antara traksi kateter dengan lamanya perdarahan.
6. Berdasarkan hasil penelitian oleh Kustiawan & Hilmansyah yang berjudul Kecemasan Pasien Pre Operatif Bedah Mayor di RSUD Kota Tasikmalaya tahun 2013 menunjukkan berdasarkan jenis kelamin menunjukkan tingkat kecemasan sedang (52.40%), berdasarkan pendidikan (52.40%), berdasarkan jenis pekerjaan (33.30%),

berdasarkan usia >35 tahun (52.40%). Mayoritas tingkat kecemasan pada pasien pre operasi adalah cemas sedang (81%).