

# LAMPIRAN

### Implementasi relaksasi Benson

1. Responden 1 (Hari ke 1)



Hari ke-2



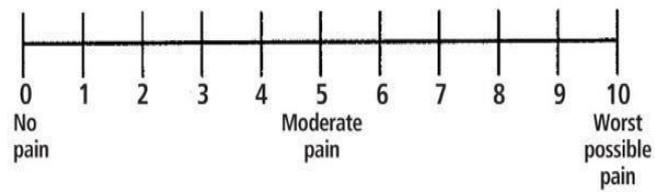
## 2. Responden 2 (Hari ke-1)



## Hari ke-2



### Numeric Pain Rating Scale



### Wong-Baker FACES Pain Rating Scale



### Lampiran 3

#### STANTAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TEKNIK RELAKSASI BENSON

| SOP TEKNIK RELAKSASI BENSON    |   |
|--------------------------------|---|
| Pengertian                     | Relaksasi benson adalah suatu teknik relaksasi yang prosedurnya gabungan antara teknik napas dalam dengan kata-kata keyakinan dari pasien yang dipercaya dapat menurunkan rasa nyeri dan juga cemas   |
| Tujuan                         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengurangi nyeri</li> <li>2. Mengatasi atau mengurangi kecemasan</li> <li>3. Menurunkan ketegangan otot dan tulang</li> </ol>   |
| Waktu                          | Selama 10-15 menit dengan frekuensi 2x sehari di pagi dan sore hari   |
| Indikasi                       | Digunakan pada pasien yang mengalami nyeri, untuk mengurangi rasa nyeri karena kontraksi otot, mengurangi pengaruh dari situasi stress, dan mengurangi efek samping dari kemoterapi pada pasien kanker  |
| Kontraindikasi                 | Pada pasien yang mengalami pusing, mual, dan muntah   |
| Sumber Acuan                   | Solehati, T., & Kosasih, C. E. (2015). <i>Konsep dan Aplikasi Relaksasi dalam Keperawatan Maternitas</i> . Bandung: PT Refika Aditama.  |
| Peralatan                      | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lembar observasi</li> <li>2. Pulpen dan catatan kecil</li> </ol>  |
| Persiapan Klien dan Lingkungan | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tingkat nyeri klien menggunakan <i>Numeric Rating Scale (NRS)</i> yang ada di lembar observasi</li> <li>2. Kaji kesiapan pasien dan perasaan pasien</li> <li>3. Berikan penjelasan tentang relaksasi benson</li> <li>4. Minta pasien mempersiapkan kata-kata yang diyakini</li> <li>5. Ciptakan lingkungan yang nyaman di sekitar pasien</li> </ol>  |
| Tahap Orientasi                | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri</li> <li>2. Menjelaskan tujuan dan prosedur</li> </ol>   |
| Tahap Kerja                    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan klien mengambil posisi yang dirasakan paling nyaman, bisa berbaring atau duduk</li> <li>2. Pejamkan mata dengan pelan tidak perlu dipaksakan, sehingga tidak ada ketegangan otot sekitar mata</li> <li>3. Lemaskan otot-otot serileks mungkin, mulai dari kaki, betis, paha, perut, dan lanjutkan ke semua otot tubuh. Tangan dan lengan diulurkan kemudian lemaskan dan biarkan terkulai wajar. Usahakan agar tetap rileks</li> <li>4. Mulai dengan bernapas yang lambat dan wajar, serta mengucapkan dalam hati kata-kata yang sudah dipilih pada saat menarik napas dan diulang saat mengeluarkan napas. Lemaskan seluruh tubuh disertai dengan sikap pasrah</li> </ol> |

| <b>SOP TEKNIK RELAKSASI BENSON</b> |   |
|------------------------------------|---|
|                                    | 5. Ulangi langkah no. 4 selama 10-15 menit  |
| Tahap Terminasi                    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi menggunakan lembar observasi yang berisi skala NRS</li> <li>2. Ucapkan salam</li> </ol> |
| Dokumentasi                        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Catat hasil observasi di dalam catatan perkembangan pasien</li> </ol>                             |

*Sumber : Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bandung Program Studi Keperawatan Bogor*

Lanjutan...

3. Langkah ke tiga: pejamkan mata.

Hindari memicingkan atau menutup mata kuat-kuat. Pejamkan mata dengan wajar. Usahakan agar tindakan ini tidak mengeluarkan banyak tenaga.



4. Langkah ke empat: lemaskan otot-otot.

Mulai lemaskan dari kaki, lalu ke betis, paha dan perut, kendurkan semua otot pada tubuh ibu. Lemaskan kepala, leher, dan pundak ibu dengan memutar kepala dan mengangkat pundak perlahan-lahan. Untuk lengan dan tangan, ulurkan, kemudian kendurkan dan biarkan terkulai wajar dipangsihkan. Jangan memegang lutut atau kaki atau mengaitkan kedua tangan erat-erat.



5. Langkah ke lima: perhatikan nafas dan mulailah menggunakan kata fokus yang berdasar pada keyakinan ibu.

Tariklah nafas melalui hidung, posisikan kesadaran ibu pada pengembangan perut, lalu keluarkan nafas melalui mulut secara perlahan sambil mengucapkan ungkapan yang telah dipilih oleh ibu dan diulang-ulang dalam hati saat mengeluarkan nafas tersebut.



6. Langkah ke enam: pertahankan sikap tenang.

Sikap tenang adalah aspek penting lain dalam membangkitkan respon relaksasi. Saat melakukan teknik relaksasi, sering berbagai macam pikiran datang yang akan mengganggu konsentrasi ibu, oleh karena itu ibu jangan mempedulkannya dan bersikap pasif saja.



7. Langkah ke tujuh: lanjutkan untuk jangka waktu tertentu.

Teknik ini dilakukan selama 10-15 menit saja.

8. Langkah ke delapan: lakukan teknik ini dengan frekuensi dua kali sehari.

Teknik ini dilakukan 2 kali sehari pada pagi dan sore hari agar tidak mengganggu aktivitas sehari-hari.

Relaksasi Benson



Devi Firlanti  
P17320319011  
D III Keperawatan Bogor  
Poltekkes Kemenkes Bandung

Bedah sesar atau sectio caesarea merupakan operasi untuk mengeluarkan bayi melalui perut ibu. Setiap tindakan pembedahan seperti sectio ini dapat menimbulkan respon ketidaknyamanan berupa rasa nyeri kepada ibu. Salah satu cara untuk mengatasi masalah nyeri tersebut adalah dengan melatih ibu melakukan teknik relaksasi benson.

Pengertian

Relaksasi benson adalah teknik relaksasi yang dipercaya oleh individu dapat meringankan beban yang dirasa atau dapat juga untuk meningkatkan kesehatan dengan cara penggabungan teknik relaksasi napas dalam dan kalimat atau kata yang diyakini oleh individu. Dalam penggunaannya, pasien tidak boleh tegang. Namun rileks dan percaya bahwa teknik ini dapat mengurangi beban dan bermanfaat bagi kesehatan (Solehati & Kosasih, 2015).

Tujuan Relaksasi Benson

Mengurangi nyeri

Mengatasi atau mengurangi kecemasan

Menurunkan ketegangan otot dan tulang

Langkah-langkah Relaksasi Benson

1. Langkah pertama: pilihlah satu kata atau ungkapan singkat yang mencerminkan keyakinan ibu atau mempunyai arti khusus bagi ibu.

Fungsi ungkapan ini adalah dapat mengaktifkan keyakinan ibu dan meningkatkan keinginan ibu untuk menggunakan teknik tersebut. Contoh: ungkapannya adalah: tenang, Allah, dan lain lain.



2. Langkah ke dua: aturlah posisi nyaman mungkin.

Pengaturan posisi dapat dilakukan dengan cara duduk atau tiduran selama tidak mengganggu pikiran ibu.





**PENGKAJIAN LANJUT DAN MONITORING NYERI**

No. PM .....  
 Nama .....  
 Tgl. Lahir : .....  
 Alamat : .....  
 Form : 0701  
 FORM:

| No. | KOMPONEN   | Tgl. 16/11/2019                                   |                 | Tgl. 17/11/2019 |                 | Tgl. 18/11/2019 |                 | Tgl. 19/11/2019 |                 | Tgl. 20/11/2019 |                 | Tgl. 21/11/2019 |                 | Tgl. 22/11/2019 |                 |
|-----|--|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|     |  | Jam 10.00   | Jam 16.00       | Jam 07.00       | Jam 13.00       | Jam 00.00       | Jam 06.00       | Jam 12.00       | Jam 18.00       | Jam 03.00       | Jam 09.00       | Jam 15.00       | Jam 21.00       | Jam 03.00       | Jam 09.00       |
| A.  | APAKAH TERDAPAT NYERI?   | ✓   | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               |
|     | Ya (Lanjut ke point B, C, D)   |   |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
|     | Tidak  |   |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
| B.  | SKALA  | 2   | 2               | 2               | 2               | 2               | 2               | 2               | 2               | 2               | 2               | 2               | 2               | 2               | 2               |
|     | Numeric Rating Scale (NRS)   |   |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
|     | Wong Baker Face Scale (WBFS)   |   |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
|     | Neonatus and Infant Pain Scale (NIPS)  |   |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
|     | Critical Care Pain Observation Tool (CCPOT)                                  |   |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
|     | Lanjut ke Point D  |   |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
| C.  | KARAKTERISTIK NYERI  | Gland Panas, Gland Bers, Gland Panas, Gland Panas |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
|     | Lokasi   | 3   | 2               | 1               | 1               | 1               | 1               | 1               | 1               | 1               | 1               | 1               | 1               | 1               | 1               |
|     | Lama Nyeri   | DC.   | DC.             | DC.             | DC.             | DC.             | DC.             | DC.             | DC.             | DC.             | DC.             | DC.             | DC.             | DC.             | DC.             |
|     | Faktor pencetus  |   |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
|     | Kualitas Nyeri : Tb = Terbakar, Tu = Tumpul                                  |   |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
|     | Tk = Terekan, B = Berat, Tj = Tajam, Kr = Kram                               |   |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
|     | Pola serangan : M=Menetap, I= Intermitten                                    | I   | I               | I               | I               | I               | I               | I               | I               | I               | I               | I               | I               | I               | I               |
|     | Hal-hal yang dapat mengurangi nyeri  | (2) (1) (1) (1)                                   | (2) (1) (1) (1) | (2) (1) (1) (1) | (2) (1) (1) (1) | (2) (1) (1) (1) | (2) (1) (1) (1) | (2) (1) (1) (1) | (2) (1) (1) (1) | (2) (1) (1) (1) | (2) (1) (1) (1) | (2) (1) (1) (1) | (2) (1) (1) (1) | (2) (1) (1) (1) | (2) (1) (1) (1) |
| D.  | MANAGEMENT NYERI   |   |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
|     | NON FARMAKOLOGIS   |   |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
|     | Distraksi/Guide Imagery  | ✓   | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               |
|     | Relaksasi/ Nafas dalam BERWUJ  |   |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
|     | FARMAKOLOGIS   |   |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
|     | Paracetamol  |   |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
|     | NSAID ± adjuvan (Tricyclic antidepressant atau anticonvulsant therapy)       | ✓   | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               | ✓               |
|     | Kombinasi opioid potensi ringan / sedan dengan analgetik nonopioid ± adjuvan |   |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
|     | Opioid kuat ± nonopioid ± adjuvan  |   |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |
|     | Tanda tangan dan Nama Jelas  | A   | A               | A               | A               | A               | A               | A               | A               | A               | A               | A               | A               | A               | A               |
|     |  | Ketawan S   | Ketawan S       | Ketawan S       | Ketawan S       | Ketawan S       | Ketawan S       | Ketawan S       | Ketawan S       | Ketawan S       | Ketawan S       | Ketawan S       | Ketawan S       | Ketawan S       | Ketawan S       |

Lampiran 5

Catatan : 1. (\*) pilih salah Satu    2. (\*\*) isi dengan angka, narasi, atau huruf  
 3. beri tanda (✓) untuk pilihan ya    4. beri tanda (x) untuk Tidak  
 5. T.K. untuk Tidak dapat diisi



## LEMBAR BIMBINGAN KIA

Herman Suherman

: P206.206.23-011.

: Penerapan Pelepasan Benson untuk mengurangi nyeri pada pasien post operasi transurethral resection of the prostate (TURP) di RSUD Dr. Soedardjo Kota Tasikmalaya

| Tanggal     | Materi Konsultasi | Masukan   | Tanda Tangan Pembimbing   |
|-------------|-------------------|---|---|
| 1 NOV 2023  | Judul.            | Fokus pd Intervensi kep → cari EBN terkait  |    |
| 5 NOV 2023  | Bob 1,2,3.        | Perbaiki penulisan<br>Perbaiki sistematika penulisan  |   |
| 13 NOV 2023 | BAB 1, 2          | - Karakteristik Responden.<br>- Aee intervensi ke pasien  |  |
| 16 NOV 2023 | BAB I, 2          | - Perbaiki penulisan<br>- Hilangkan kata-kata yang tidak perlu.<br>- Perbaiki Resume Asuhan keperawatan |  |
| 24 Nov '23  | BAB I - II        | - Perbaiki penulisan Istilah & penomoran<br>- Tambahkan kuran pd konsep Askep                           |  |

LEMBAR BIMBINGAN KIA

: Herman Suherman

: P2.06.20.6.23.011

: Penerapan terapi relaksasi Benson untuk mengurangi nyeri pada pasien post operasi transurethral resection of the prostate (TURP) di RSUD Dr Soekardjo kota Tasikmalaya

| Tanggal   | Materi Konsultasi          | Masukan  | Tanda Tangan Pembimbing   |
|-----------|----------------------------|--|---|
| 27 Nov 23 | BAB I<br>BAB II<br>BAB III | Aee.<br>Aee.<br>Revisi Resume Kasus +<br>Laporan Kasus   |    |
| 28 Nov 23 | BAB III<br><br>BAB IV - V  | Revisi Sistematika Resume<br>(isi Resume fokus ke-<br>Masalah nyeri & Relaksasi<br>Benson.<br>Revisi sesuai Aturan |  |
| 29 Nov    | BAB IV<br>BAB V            | Aee dg perbaiki<br>Aee.  |  |
| 30 Nov    | Karya Tulis                | lengkapi Karya Tulis ser<br>lengkap termasuk Abstrak.<br><br>Aee 7 usian sedang                                    |  |

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA RESPONDEN 1 (TN H) DENGAN  
GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN BPH POST OP TURP  
DI RUANG MELATI 4 DI RSUD DR SOEKARDJO  
KOTA TASIKMALAYA**

**A. Pengkajian**

1. Biodata

a. Identitas Pasien

Nama : Tn H

Umur : 61 tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Alamat : Kampung Mekarsari RT 18/RW 04 Desa Cipanas  
kecamatan Cipatujah kabupaten Tasikmalaya

Status perkawinan : Kawin

Agama : Kristen

Suku : Kupang Nusa Tenggara

Pendidikan : S1

Pekerjaan : Wiraswasta

No.Register : 23020465

Diagnosa medis : Retensi urin e.c BPH

Tanggal masuk : 14 November 2023

Tanggal operasi : 15 November 2023

Tanggal pengkajian : 16 November 2023

b. Identitas Penanggung jawab

Nama : Ny H

Umur : 58 tahun  
Jenis kelamin : Perempuan  
Pendidikan : D1  
Pekerjaan : Ibu Rumah tangga  
Hub. Dengan pasien : Isteri  
Alamat : Kampung Mekarsari RT 18/RW 04 Desa  
Cipanas kecamatan Cipatujah kabupaten  
Tasikmalaya

c. Alasan Masuk Rumah Sakit :

Susah kencing

d. Keluhan Utama Saat Pengkajian

Nyeri daerah gland penis

e. Riwayat Kesehatan Sekarang :

Klien datang ke ruang Melati 4 Rumah Sakit Umum dr. Soekardjo pada tanggal 14 November 2023 jam 10.00 dengan keluhan 3 minggu klien mengeluh susah buang air kencing, kencing sedikit-sedikit. Setelah berobat ke poli klinik Urologi dan dilakukan pemeriksaan USG dan pemeriksaan lain nya klien didiagnosa Retensi Urine e.c BPH. Kemudian Klien direncanakan operasi secara elektif/direncanakan tanggal 15 November 2023. Pada saat dikaji tanggal 16 November 2023, klien mengatakan nyeri pada bagian gland penis yang terpasang selang Dower Cateter urine, kadang disertai meringis :

P = Nyeri karena setelah tindakan operasi TURP

Q = Nyeri disertai perasaan panas di daerah gland penis, bertambah apabila digerakan dan berkurang bila diistirahatkan

R = Nyeri di daerah gland penis saja tidak ada penyebaran ke bagian yang lain

S = Skala nyeri 5 (0-10)

T = Nyeri dirasakan hilang timbul

f. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien belum pernah mengalami penyakit seperti ini sebelumnya. Klien ada riwayat penyakit jantung, terakhir kontrol fungsi Jantung menurut pemeriksaan dokter dalam keadaan baik. Klien tidak memiliki riwayat penyakit menular yang lain nya.

g. Riwayat Kesehatan Keluarga

Tidak ada Riwayat keluarga yang mengalami penyakit seperti klien. Tidak ada keluarga klien yang mempunyai riwayat penyakit keturunan Diabetes melitus dan penyakit menular lain nya.

2. Data biologis

a. Penampilan Umum

Keadaan umum klien tampak lemah. Tekanan darah 156/96 mmHg, Frekwensi nadi 92x/’, frekwensi napas 20 x/’, suhu 36,4 °C. Berat badan sekarang 64 kg. Tinggi badan 158 cm.

b. Activity Dailly Living

| No | ADL   | Di Rumah  | Di Rumah Sakit  |
|----|---|---|---|
| 1. | <p>Nutrisi</p> <p>a. Makan</p> <p>1) Jenis menu</p> <p>2) Frekuensi</p> <p>3) Porsi</p> <p>4) Pantangan</p> <p>5) Keluhan</p> <p>b. Minum</p> <p>1) Jenis minuman</p> <p>2) Frekuensi</p> <p>3) Porsi</p> <p>4) Pantangan</p> <p>5) Keluhan</p> | <p>TKTP</p> <p>2 x / hari</p> <p>Habis</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Air putih</p> <p>± 10 kali</p> <p>± 3000 cc /hari</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> | <p>Diet lunak (nasi tim, sop, tempe, telur)</p> <p>3 x / hari</p> <p>Habis 2/3 porsi</p> <p>Tidak ada</p> <p>Mulut terasa kurang nyaman</p> <p>Air putih</p> <p>± 10 kali</p> <p>± 3000 cc/24 jam</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> |
| 2. | <p>Eleminasi Fekal</p> <p>a. Frekuensi</p> <p>b. Konsistensi faeces</p> <p>c. Bau</p> <p>d. Warna</p> <p>e. Jumlah</p> <p>f. Masalah</p>  | <p>1 kali/hari</p> <p>Lembek</p> <p>Khas faeces</p> <p>Kuning</p> <p>Tidak teridentifikasi</p> <p>Tidak ada</p>   | <p>2 hari belum BAB</p>   |
| 3. | <p>Eleminasi Urine</p> <p>a. Frekuensi</p> <p>b. Warna urine</p>  | <p>±10 kali /hari</p> <p>Kuning jernih</p>  | <p>Terpasang Spooling NaCL 0,9% 40 tts/' dengan Dower Cateter (DC) three way no 24</p> <p>Kuning jernih kadang</p>  |

| No | ADL   | Di Rumah   | Di Rumah Sakit   |
|----|---|--|--|
|    | c. Bau<br>d. Jumlah<br><br>e. Masalah   | Khas urine<br>$\pm 3000$ cc/24 jam<br><br>Tidak ada  | ada merah darah/clot<br>Khas urine<br>Tidak bisa dihitung<br>keluaran urine dari DC<br>sama dengan tetesan<br>spooling NaCl 40 tts/'<br>Adanya nyei pada gland<br>penis yang terpasang<br>DC |
| 4. | Istirahat dan Tidur<br>a. Malam<br>1) Berapa jam<br>2) Dari jam<br>....s/d....<br>3) Kesukaran<br>tidur<br>b. Siang<br>1) Berapa jam<br>2) Dari jam<br>....s/d...<br>3) Kesukaran | <br>$\pm 8$ jam<br>21.00-05.00<br><br>Tidak ada<br><br>2 jam<br>13.00-15.00<br><br>Tidak ada | <br>$\pm 8$ jam<br>21.00-05.00<br><br>Kadang-kadang<br><br>Tidak pernah  |
| 5. | <i>Personal Hygiene</i><br>a. Mandi<br>1) Frekuensi<br>2) Sabun<br>3) Gosok gigi<br>b. Berpakaian<br>1) Ganti<br>pakaian  | <br>2x/ hari<br>Ya<br>Ya<br><br>2x/hari  | <br>2x/hari di <i>washlap</i><br>-<br>Ya<br><br>1x/hari Dibantu<br>keluarga  |

| No | ADL                         | Di Rumah  | Di Rumah Sakit  |
|----|-----------------------------|---|---|
| 6. | Mobilitas dan aktivitas     |   |   |
|    | a. Kemampuan mobilisasi     | mobilisasi normal   | Istirahat di tempat tidur, Aktivitas dibantu keluarga |
|    | b. Aktivitas yang dilakukan | Aktivitas klien sehari hari bekerja wiraswasta di rumah sendiri | Klien banyak terlentang posisi semifowler             |
|    | c. Kesulitan                | Tidak ada   | Tidak ada   |

Keseimbangan cairan per 24 jam

Intake : Minum = 3000 cc

Infus RL = 2000 cc

Makan = 50 cc

Spooling NaCl 0,9 % 40 tts/' = 3.840 cc

Jumlah = 8.890 cc

Output:Urine dan spooling = 8.000 cc

IWL = 64 Kg x 10 cc = 640 cc

Jumlah : 8640 cc

Balance = + 250 cc

c.Data hasil pemeriksaan fisik

1) Sistem Persyarafan

a) Status Mental Status mental Klien stabil, klien tampak lemas,kadang meringis kesakitan, emosi stabil, gaya bicara

klien jelas, nyambung dan masuk akal, ekspresi wajah sesuai suasana atau stimulus yang diberikan.

b) Tingkat kesadaran

Kesadaran klien Compos mentis, yakni keadaan sadar sepenuhnya dengan nilai GCS: 15, eyes 4 membuka mata spontan, verbal 5 orientasi baik, motorik 6 menuruti perintah

c) Refleks-refleks

(1) Refleks berkedip pada kedua mata klien dalam batas normal

(2) Refleks pupil pada kedua mata klien normal yakni tampak miosis saat terkena cahaya.

(3) Refleks menelan klien baik, klien mampu menelan makanan.

(4) Refleks bisep pada lengan kiri dan lengan kanan dalam batas normal.

(5) Refleks trisep pada lengan kanan dan lengan kiri dalam batas normal.

(6) Refleks patella bagian kanan pada bagian kiri dalam batas normal

(7) Refleks babinski pada kaki kanan dan kaki kiri ada.

d) Pemeriksaan rangsangan meningeal

- (1) Kaku kuduk, tidak ada tahanan atau kekakuan leher yang menimbulkan sakit saat melakukan pemeriksaan pada klien.
- (2) Brudzinski I, pada saat fleksi leher tidak terjadi fleksi pada kedua lutut klien, maka tanda brudzinski I negatif.
- (3) Brudzinski II, tidak ada fleksi pada tungkai klien yang ekstensi maka tanda brudzinski II negatif.
- (4) Kernig sign, tungkai bawah klien dapat membentuk sudut 135o terhadap tungkai atas tanpa adanya nyeri.

e) Nerveus Cranial

(1) Nervus I (Olfaktorius)

Klien dapat mencium aroma kayu putih pada lubang hidung sebelah kanan maupun sebelah kiri dengan cara menutup lubang hidung satu persatu.

(2) Nervus II (Optikus)

Penglihatan mata kiri klien kurang jelas untuk membaca tulisan *name tag* perawat pada jarak baca 30 cm, serta untuk penglihatan jarak jauh.

Mata kanan klien dapat membaca tulisan *name tag* perawat pada jarak baca 30 cm, serta berfungsi baik untuk penglihatan jarak jauh. Klien tidak memakai kacamata.

(3) Nervus III (Okulomotorius)

Klien dapat mengangkat kelopak mata, dapat mengikuti benda yang digerakkan pemeriksa ke arah inferior, refleks pupil baik.

(4) Nervus IV (Trochlearis)

Klien dapat mengikuti arah benda yang digerakkan pemeriksa ke arah atas, serong kiri dan kanan atas.

(5) Nervus V (Trigeminus)

Klien merasakan sentuhan halus, tumpul dan tajam pada pipi, dahi, dan dagu. Refleks berkedip klien baik. Klien dapat merapatkan giginya, klien dapat melakukan gerakan mengunyah .

(6) Nervus VI (Abdusen)

Klien dapat mengikuti arah benda yang digerakkan pemeriksa dengan matanya ke arah lateral.

(7) Nervus VII (Facialis)

Fungsi pengecapan klien masih baik karena dapat merasakan manis, asin dan asam. Fungsi motorik pada nervus ini klien cukup baik dalam mengangkat alis, mengerutkan dahi, menutup mata, unjuk gigi, mencucutkan bibir, dan juga mengembungkan pipinya.

(8) Nervus VIII (Vestibulocochlearis)

Klien dapat mendengar suara bisikan di telinga kanan maupun kiri.

(9) Nervus IX (Glosofaringeus) dan Nervus X (Vagus)

Klien dapat membedakan rasa pada lidah, suara klien tidak terdengar pelo, kemampuan menelan baik dan tidak kesulitan membuka mulut.

(10) Nervus XI (Accesorius) kekuatan otot trapezius pada saat mengangkat bahu kanan dan kiri

(11) Nervus XII (Hipoglosus) lidah klien tampak simetris.

## 2) Sistem Pernafasan

a) Inspeksi

Keadaan hidung klien tampak baik, diantara kedua lubang hidung terdapat sputum dengan posisi yang simetris, kedua lubang hidung tampak bersih,

b) Palpasi

Tidaj ada nyeri pada daerah dada. Vokal fremitus seimbang antara kanan dan kiri ketika klien mengucapkan tujuh puluh tujuh

c) Perkusi

Terdengar sonor pada kedua bagian dada .

d) Auskultasi

Terdengar suara napas vesikuler tidak ada suara napas tambahan seperti gargling, ronkhi atau wheezing.

3) Sistem kardiovaskular

a) Inspeksi

Konjungtiva merah muda, tidak ada tanda sianosis atau kebiruan pada bibir, tidak ada peningkatan vena Jugularis, bentuk dada tidak ada perubahan.

b) Auskultasi

Suara jantung S1 dan S2 yakni lup dup, tidak terdengar suara tambahan serta irama jantung terdengar reguler.

c) Perkusi

Terdengar redup saat dilakukan perkusi di dada kiri dibatas-batas jantung

d) Palpasi

Capillary Rate Time (CRT) kembali dalam 2 detik, denyut nadi teraba kuat.

4) Sistem Pencernaan

a) Inspeksi

Bibir klien tampak lembab, gigi putih sebagian ada yang tanggal, kebersihan mulut cukup, lidah tampak putih, kemampuan menelan baik, perut klien tampak kembung.

b) Auskultasi

Bising usus klien terdengar 6 kali/menit.

c) Palpasi

Perut lembut, agak kembung, tidak terdapat ascites, tidak ada distensi dan nyeri tekan di ke 4 kuadran perut

d) Perkusi

Terdengar Timpani pada perut saat diperkusi

5) Sistem Integumen

a) Inspeksi

Kulit klien tampak kering dan bersih, tidak ada ruam dikulit, kuku klien bersih dan tidak panjang.

b) Palpasi

Turgor kulit dalam keadaan cukup, cepat kembali ketika kulit dicubitulit teraba hangat pada bagian yang tertekan

6) Sistem Musculoskeletal

a) Inspeksi

Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti tumor (membengkak), calor (panas), dolor (sakit atau nyeri), rubor (memerah), fungsiolaesa (fungsinya terganggu). Terpasang infus RL pada tangan kanan.

b) Palpasi

Kekuatan otot ekstermitas bawah maupun atas bagian dapat melakukan gerakan dengan melawan gravitasi dan tahanan.

c) Movement

Extremitas atas dan bawah dapat digerakan sesuai yang diinstruksikan perawat

Kekuatan otot  $\begin{array}{c|c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$

Nilai 5 artinya otot tangan dan kaki mampu berkontraksi dan mengangkat dengan tahanan tangan perawat

7) Sistem Genitourinaria

a) Inspeksi

Klien terpasang DC three way no 24, kebersihan cukup, kadang ada sedikit darah di ujung uretra dan selalu dibersihkan oleh isteri klien.

b) Palpasi

Pada saat dipalpasi daerah symphysis pubis dan umbilikus tidak ada distensi kandung kemih,

d. Data psikososial spiritual

1) Psikososial

a) Non verbal

Klien tampak stabil, ekspresi wajah tenang, tidak tampak ketegangan dan gelisah. Sese kali menjawab pertanyaan dengan anggukan bila jawaban ya atau menggelengkan kepalanya jika jawaban tidak. Kadang meringis bila sedang kesakitan.

b) Verbal : komunikasi baik dan mampu menjawab pertanyaan dengan baik dan nyambung.

c) Status Emosi : Stabil, Klien mampu mengontrol emosi, tidak tampak cemas berlebihan.

d) Konsep diri

Gambaran diri : klien sedikit merasa tidak nyaman dengan kondisi penyakitnya

Harga diri : klien menerima penyakitnya dengan ikhlas dan sabar.

Ideal diri : keinginan klien hanya ingin cepat sembuh dan cepat pulang.

e) Interaksi sosial

Interaksi sosial klien baik, dapat berhubungan baik dengan perawat dan keluarga.

f) Pola koping

Klien memiliki motivasi untuk sembuh

g) Pengetahuan pasien tentang penyakitnya

Klien mengatakan baru pertama kali mengalami penyakit seperti sekarang. Menyadari bahwa penyakitnya sebagai hal yang normal yang bisa dialami oleh setiap orang.

2) Spiritual

Klien beragama Kristen. Keyakinan tentang agama cukup baik.

### 3. Data Penunjang

#### a. Laboratorium tanggal 1 November 2023

| No.        | Jenis Pemeriksaan  | Hasil   | Satuan           | Nilai Rujukan   | Interpretasi |
|------------|--------------------|---------|------------------|-----------------|--------------|
| 1.         | <u>Hematologi</u>  |         |                  |                 |              |
|            | Hemoglobin         | 10,1    | g/dl             | 12-18           | Kurang       |
|            | Haematrokit        | 31      | %                | 35-50           | Kurang       |
|            | Leukosit           | 8.500   | /mm <sup>3</sup> | 5.000-10.000    | Normal       |
|            | Trombosit          | 197.000 | /mm <sup>3</sup> | 150.000-350.000 | Normal       |
|            | Waktu perdarahan   | 2.00    | Menit            | 1-3             | Normal       |
|            | Waktu pembekuan    | 4.00    | Menit            | 1-7             | Normal       |
| 2.         | <u>Faal Ginjal</u> |         |                  |                 |              |
|            | Ureum              | 32      | Mg/dl            | 15-45           | Normal       |
|            | Kreatinin          | 1,46    | Mg/dl            | 0,7-1,20        | Naik         |
| 3.         | <u>Karbohidrat</u> |         |                  |                 |              |
| Gula darah | 159                | Mg/dl   | <120             | Naik            |              |
| 4.         | <u>Elektrolit</u>  |         |                  |                 |              |
|            | Natrium            | 138     | Mmol/l           | 135-145         | Normal       |
|            | Kalium             | 3,5     | Mmol/l           | 3,5-5,5         | Normal       |
|            | Kalsium            | 1,25    | Mmol/l           | 1,10-1,40       | Normal       |

#### b. USG Ginjal Buli Konvensional tanggal 31 oktober 2023

Ginjal kiri kanan tak tampak batu bendungan, BPH ukuran 4-5 cm  
volume 32 cm<sup>3</sup>, Vesicolithiasis, ada haematuri bekuan darah.

#### c. Thorax PA tanggal 1 November 2023

Jantung Paru normal ,tidak tampak TB paru aktif, tidak tampak  
pembesaran jantung

#### d. BNO 1 November 2023

Tak tampak batu opak tractus urinarius

#### e. EKG 1 November 2023

Sinus rytem

f. Terapi

| <b>No.</b> | <b>Obat</b> | <b>Dosis</b> | <b>Jenis Pemberian</b> | <b>Jadwal pemberian</b> |
|------------|-------------|--------------|------------------------|-------------------------|
| 1          | Ceftriaxone | 2x1 gram     | iv                     | 08-20                   |
| 2          | Ranitidine  | 2x50 mg      | iv                     | 08-20                   |
| 3          | Ketorolac   | 2x30 mg      | Iv                     | 08-20                   |

d. Analisa Data

| No | Data   | Kemungkinan penyebab Dampak   | Masalah                   |
|----|--|---|---------------------------|
| 1  | <p>DS :</p> <p>1. Klien mengatakan nyeri pada bagian gland penis yang terpasang selang Dower Cateter urine :</p> <p>P = Nyeri karena adanya Tindakan operasi TURP</p> <p>Q = Nyeri disertai perasaan panas di daerah gland penis, bertambah apabila digerakan dan berkurang bila diistirahatkan</p> <p>R = Nyeri di daerah gland penis saja tidak ada penyebaran ke bagian yang lain</p> <p>S = Skala nyeri 5 (0-10)</p> <p>T = nyeri dirasakan hilang timbul</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak meringis</li> <li>- 156/96 mmHg</li> <li>- Nadi meningkat 92 x/menit</li> </ul> | <p>Idiopatik</p> <p>↓</p> <p>Perubahan keseimbangan estrogen dan testostosterone</p> <p>↓</p> <p>Produksi testostosterone nitrogen menurun dan estrogen meningkat</p> <p>↓</p> <p>BPH</p> <p>↓</p> <p>Prosedur pembedahan (TURP)</p> <p>↓</p> <p>Terpasang kateter</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p> | D.0077 Nyeri akut         |
| 2  | <p>DS :-</p> <p>DO :-</p>  | <p>Prosedur pembedahan (TURP)</p> <p>↓</p> <p>Kurang nya informasi pasca bedah</p> <p>↓</p> <p>Kurang nya perawatan</p> <p>↓</p> <p>Bakteri mudah masuk</p> <p>↓</p> <p>Resiko infeksi</p> <p>↓</p> <p>Perdarahan</p> <p>↓</p> <p>Tidak terkontrol</p> <p>↓</p> <p>Resiko perdararahan</p>        | D.0142 Resiko infeksi     |
| 3  | <p>DS:-</p> <p>DO :-</p>   | <p>Resiko perdararahan</p>  | D.0012Resiko perdararahan |

## 2. Diagnosa Keperawatan

1) Nyeri akut berhubungan dengan Prosedur pembedahan (TURP)

dibuktikan dengan :

DS :

- Klien mengatakan nyeri pada bagian gland penis yang terpasang selang Dower Cateter urine :

P = Nyeri karena adanya Tindakan operasi TURP

Q = Nyeri disertai perasaan panas di daerah gland penis, bertambah apabila digerakan dan berkurang bila diistirahatkan

R = Nyeri di daerah gland penis saja tidak ada penyebaran ke bagian yang lain

S = Skala nyeri 5 (0-10)

T = nyeri dirasakan hilang timbul

DO:

- Tampak meringis
- 156/96 mmHg
- Nadi meningkat 92 x/menit

2) Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive

3) Resiko perdarahan dibuktikan dengan Tindakan pembedahan

### 3. Intervensi keperawatan

| No | Diagnosa Keperawatan   | Perencanaan   |  |   |
|----|--|---|--|---|
|    |  | Tujuan  | Intervensi   | Rasionalisasi   |
| 1  | <p>Nyeri akut berhubungan dengan Prosedur pembedahan (TURP) dibuktikan dengan :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada bagian gland penis yang terpasang selang Dower Cateter urine :</li> <li>P = Nyeri karena adanya Tindakan operasi TURP</li> <li>Q = Nyeri disertai perasaan panas di daerah gland penis, bertambah apabila digerakan dan berkurang bila diistirahatkan</li> <li>R = Nyeri di daerah gland penis saja tidak ada penyebaran ke bagian yang lain</li> <li>S = Skala nyeri 5 (0-10)</li> <li>T = nyeri dirasakan hilang timbul</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak meringis</li> <li>- 156/96 mmHg</li> <li>- Nadi meningkat 92 x/menit</li> </ul> | <p>L.08066 Setelah dilakukan intervensi selama 12 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri berkurang</li> <li>- Meringis berkurang</li> </ul> | <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</li> <li>- Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan terafi <i>relaksasi Benson</i></li> <li>- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>- Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri</li> <li>- Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>- Mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan klien</li> <li>- Mengetahui tingkatan nyeri yang sebenarnya</li> <li>- Mengurangi faktor-faktor yang dapat memperparah nyeri</li> <li>- Bila timbul ciri-ciri abnormal pada klien dapat menghentikan analgetik</li> <li>- Membantu mengurangi nyeri</li> <li>- Lingkungan yang nyaman berpengaruh mengurangi nyeri</li> <li>- Dapat menghindari penyebab dari nyeri</li> <li>- Agar klien dapat meredakan nyeri secara mandiri Ketika sudah pulang</li> <li>- Agar Ketika nyeri dirasakan klien mulai</li> </ul> |

| No | Diagnosa Keperawatan                                    | Perencanaan  |   |   |
|----|---|--|---|---|
|    |   | Tujuan   | Intervensi  | Rasionalisasi   |
|    |   |  | Kolaborasi<br>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu  | parah klien bisa memberitahu keluarga atau tenaga medis agar dapat mendapat penanganan secepatnya<br>- Agar nyeri dapat dihilangkan atau dikurangi  |
| 2  | Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive | Setelah dilakukan intervensi selama 24 jam Infeksi tidak terjadi | Pencegahan Infeksi (I.14539)<br>Observasi<br>- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik<br><br>Terapeutik<br>- Batasi jumlah pengunjung<br><br>- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien<br><br>- Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi<br><br>Edukasi<br>- Jelaskan tanda dan gejala infeksi<br>- Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar<br><br>- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi<br><br>- Anjurkan meningkatkan asupan cairan | - Mengetahui sedini mungkin tanda dan gejala infeksi local dan sistemik<br><br>- Pengunjung yang banyak menambah resiko infeksi silang Mencegah terjadinya infeksi silang<br>- Cuci tangan mencegah terjadinya infeksi<br><br>- Teknik aspetik mencegah terjadinya infeksi<br><br>- Klien mengetahui tanda dan gejala infeksi<br>- Klien mengetahui dan mampu melakukan mencuci tangan dengan benar<br>- Nutrisi tinggi protein membantu mempertahankan daya tahan tubuh<br>- Terpenuhinya kebutuhan cairan |

| No | Diagnosa Keperawatan                                    | Perencanaan   |  |   |
|----|---|---|--|---|
|    |   | Tujuan  | Intervensi   | Rasionalisasi   |
| 3  | Resiko perdarahan dibuktikan dengan Tindakan pembedahan | Setelah dilakukan intervensi selama 24 jam perdarahan tidak terjadi | <p>Pencegahan Perdarahan (I.02067)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> <li>- Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah</li> <li>- Monitor koagulasi (mis. prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan atau platelet)</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan bed rest selama perdarahan</li> <li>- Batasi tindakan invasif, jika perlu</li> <li>- Hindari pengukuran suhu rektal</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi</li> <li>- Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengetahui sejak dini tanda dan gejala perdarahan</li> <li>- Mengetahui nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah</li> <li>- Mengetahui hasil koagulasi apakah ada kelainan</li> <li>- Bedrest membantu mengurangi terjadinya perdarahan</li> <li>- Tindakan invasive menambah resiko terjadinya perdarahan</li> <li>- Pengukuran suhu rektal beresiko menimbulkan luka yang bisa menyebabkan terjadinya perdarahan.</li> <li>- Klien dan keluarga mengetahui tanda dan gejala perdarahan</li> <li>- Membantu kebutuhan cairan klien dan mencegah konstipasi yang menyebabkan perdarahan</li> <li>- Aspirin atau antikoagulan menambah resiko terjadinya perdarahan</li> <li>- Terpenuhinya kebutuhan makanan klien sehingga</li> </ul> |

| No | Diagnosa Keperawatan | Perencanaan |   |   |
|----|----------------------|-------------|---|---|
|    |                      | Tujuan      | Intervensi  | Rasionalisasi   |
|    |                      |             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu</li> </ul> | <p>membantu meningkatkan daya tahan tubuh</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mempercepat intervensi Tindakan seandainya ada perdarahan</li> <li>- Produk darah memenuhi kebutuhan kehilangan darah seandainya terjadi perdarahan</li> </ul> |

#### 4. Implementasi keperawatan

| No | Diagnosa keperawatan   | Pelaksanaan  | Evaluasi   |
|----|--|--|--|
| 1  | <p>Nyeri akut berhubungan dengan Prosedur pembedahan (TURP) dibuktikan dengan :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada bagian gland penis yang terpasang selang Dower Cateter urine :</li> <li>P = Nyeri karena adanya Tindakan operasi TURP</li> <li>Q = Nyeri disertai perasaan panas di daerah gland penis, bertambah apabila digerakan dan berkurang bila diistirahatkan</li> <li>R = Nyeri di daerah gland penis saja tidak ada penyebaran ke bagian yang lain</li> <li>S = Skala nyeri 5 (0-10)</li> <li>T = nyeri dirasakan hilang timbul</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak meringis</li> <li>- 156/96 mmHg</li> <li>- Nadi meningkat 92 x/menit</li> </ul> | <p>Kamis, 16 November 2023<br/>09.00 WIB :</p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>H : Nyeri di daerah gland penis yang terpasang kateter, nyeri disertai perasaan panas, nyeri hilang timbul</li> <li>Pelaksana Herman S</li> <li>- Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>H : Skala nyeri 5 (0-10)</li> <li>Pelaksana Herman S</li> <li>- Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>H : nyeri disertai meringis,</li> <li>Pelaksana Herman S</li> <li>- Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>H : nyeri bertambah apabila digerakan dan berkurang bila diistirahatkan</li> <li>- Memonitor efek samping penggunaan analgetik</li> <li>H : Tidak ada efek samping dari analgetik</li> <li>Pelaksana Herman S</li> </ul> <p>Kamis, 16 November 2023</p> | <p>Kamis, 16 November 2023<br/>10.00 WIB:</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri gland penis berkurang</li> <li>- Skala nyeri 2 (0-10)</li> <li>- Nyeri disertai panas di gland penis tidak ada</li> <li>- Nyeri di daerah gland penis saja tidak ada penyebaran ke bagian yang lain</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meringis tidak ada</li> <li>- TD 123/86 mmHg</li> <li>- Nadi 90x/’</li> </ul> <p>A : Nyeri Akut sebagian teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi (Relaksasi Benson)</p> <p>Herman S</p> |

| No | Diagnosa keperawatan | Pelaksanaan  | Evaluasi |
|----|----------------------|--|----------|
|    |                      | <p>09.20 WIB :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan Teknik non farmakologis <b>relaksasi Benson</b><br/>H : klien melakukan relaksasi Benson<br/>Pelaksana<br/>Herman S</li> <li>- Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br/>H : lingkungan tampak nyaman, tidak bising, pencahayaan cukup<br/>Pelaksana<br/>Herman S</li> <li>- Memfasilitasi istirahat dan tidur<br/>H : Klien bisa istirahat<br/>Pelaksana<br/>Herman S</li> <li>- Menjelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri<br/>H : Nyeri akibat adanya prosedur operasi, klien tampak mengerti<br/>Pelaksana<br/>Herman.S</li> <li>- Menjelaskan strategi meredakan nyeri<br/>H : klien tampak memahami<br/>Pelaksana<br/>Herman S</li> </ul> <p>Kamis, 16 Oktober 2023<br/>09.00 WIB :</p> <p><b>Kolaboratif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan terafi ketorolac injeksi 30 mg IV<br/>H : terafi Ketorolac injeksi</li> </ul> |          |

| No | Diagnosa keperawatan                                    | Pelaksanaan   | Evaluasi   |
|----|---|---|--|
|    |   | 30 mg telah diberikan,<br>klien merasa nyaman<br>Pelaksana<br><br>Herman  |  |
| 2  | Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive | Kamis, 16 November 2023<br>10.20 WIB<br>Observasi<br>- Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik<br>H : Tidak ada tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik<br><br>Pelaksana<br><br>Herman<br><br>Terapeutik<br>- Membatasi jumlah pengunjung<br>H : Pengunjung tidak ada<br>Pelaksana<br><br>Herman S<br><br>- Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien<br>H : Mencuci tangan telah dilakukan<br>Pelaksana<br><br>Herman S<br><br>Kamis, 16 November 2023<br>10.50 WIB :<br>Edukasi<br>- Menjelaskan tanda dan gejala infeksi<br>H : Klien tampak mengerti<br>Pelaksana<br><br>Herman S | Kamis, 16 November 2023<br>11.15 WIB<br>S : klien mengatakan merasa nyaman, tidak ada panas<br>O : Tidak terdapat tanda-tanda infeksi : kemerahan, bengkak, nyeri berkurang<br>A : Infeksi tidak terjadi<br>P : Pertahankan intervensi |

| No | Diagnosa keperawatan                                    | Pelaksanaan   | Evaluasi  |
|----|---|---|---|
|    |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar<br/>H : Klien tampak mengikuti dan melakukan<br/>Pelaksana<br/>Herman S</li> <li>- Mengajarkan meningkatkan asupan nutrisi<br/>H : Klien mendengarkan dan akan memperlakukan asupan nutrisi<br/>Pelaksana<br/>Herman S</li> <li>- Mengajarkan meningkatkan asupan cairan<br/>H ; Klien mengatakan akan meningkatkan asupan cairan lewat minum<br/>Pelaksana<br/>Herman S</li> </ul> |   |
| 3  | Resiko perdarahan dibuktikan dengan Tindakan pembedahan | <p>Kamis, 16 November 2023<br/>11.30 WIB<br/>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor tanda dan gejala perdarahan<br/>H : Tidak terjadi perdarahan hebat, hanya sedikit darah yang keluar lewat Kateter<br/>Pelaksana<br/>Herman S</li> <li>- Memonitor koagulasi (mis. prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan atau platelet)</li> </ul>  | <p>Kamis, 16 November 2023<br/>12.30 WIB :</p> <p>S :-<br/>O: Tidak ada perdarahan/clot lewat Cateter<br/>A: Perdarahan tidak terjadi<br/>P :Pertahankan intervensi</p> |

| No | Diagnosa keperawatan | Pelaksanaan   | Evaluasi |
|----|----------------------|---|----------|
|    |                      | <p>H :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Waktu perdarahan 2.00 menit (Normal)</li> <li>- Waktu pembekuan 4.00 menit (Normal)</li> </ul> <p style="text-align: right;">Pelaksana<br/>Herman S</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan bed rest bila ada perdarahan</li> </ul> <p>H : Klien mendengarkan</p> <p style="text-align: right;">Pelaksana<br/>Herman S</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batasi tindakan invasif, jika perlu</li> </ul> <p>H : Tindakan invasive tidak dilakukan</p> <p style="text-align: right;">Pelaksana<br/>Herman S</p> <p>Kamis, 16 November 2023<br/>12.00 WIB</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> </ul> <p>H : Klien tampak mengerti</p> <p style="text-align: right;">Pelaksana<br/>Herman S</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan klien segera melapor jika terjadi perdarahan</li> </ul> <p>H : Klien tampak mengerti</p> <p style="text-align: right;">Pelaksana<br/>Herman S</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu</li> </ul> <p>H : Produk darah sementara belum diperlukan</p> |          |

| No | Diagnosa<br>keperawatan | Pelaksanaan           | Evaluasi |
|----|-------------------------|-----------------------|----------|
|    |                         | Pelaksana<br>Herman S |          |

## 5. Evaluasi Catatan Perkembangan

| Hari/Tgl/jam            | Diagnosa Keperawatan  | Perkembangan  | Nama&TTD |
|-------------------------|---|---|----------|
| Jumat, 17 November 2023 | 1. Nyeri akut berhubungan dengan Prosedur pembedahan (TURP) | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri gland penis berkurang</li> <li>- Skala nyeri 1 (0-10)</li> <li>- Nyeri disertai panas di gland penis tidak ada</li> <li>- Nyeri di daerah gland penis saja tidak ada penyebaran ke bagian yang lain</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD 133/60 mmhg</li> <li>- Nadi 88x/’</li> <li>- Meringis tidak ada</li> <li>- Klien untuk pulang hari ini</li> </ul> <p>A : Nyeri akut berhubungan dengan Prosedur pembedahan (TURP)</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> </ul> | Herman S |
| Jam 08.30               |   | <p>H : Nyeri di gland penis berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi skala nyeri</li> </ul>  | Herman S |
| Jam 09.00               |   | <p>H : Skala nyeri 1 (0-10)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ul> <p>H : nyeri bertambah apabila digerakan dan berkurang bila diistirahatkan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan terafi ketorolac injeksi 30 mg IV.</li> </ul> <p>H : nyeri tampak berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan Teknik nonfarmakologis relaksasi Benson</li> </ul> <p>H : klien mengatakan tidak mau melakukan</p>   | Herman S |
|                         |   |   | Herman S |

| Hari/Tgl/jam | Diagnosa Keperawatan                                       | Perkembangan   | Nama&TTD  |
|--------------|--|--|---|
| Jam 09.20    |  | <p>karena sudah tidak nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> </ul> <p>H : lingkungan tampak nyaman, tidak bising, pencahayaan cukup</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan strategi meredakan nyeri dengan <b>Relaksasi Benson</b> bila di rumah ada terasa nyeri (<i>Discharge Planing</i>)</li> </ul> <p>H : klien tampak memahami dan mengatakan akan melakukan</p> <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah teratasi</li> <li>- Klien boleh pulang</li> </ul> <p>R : Stop intervensi</p>  | <p>Herman S</p> <p>Herman S</p> <p>Herman S</p> |
| Jam 09.40    | 2. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive | <p>S : klien mengatakan merasa nyaman, tidak ada panas</p> <p>O : Tidak terdapat tanda-tanda infeksi :</p> <p>kemerahan,bengkak,nyeri berkurang</p> <p>A : Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik</li> </ul> <p>H : Tidak ada tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Membatasi jumlah pengunjung</li> </ul> <p>H : Pengunjung tidak ada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> </ul> <p>H : Mencuci tangan telah dilakukan</p> | <p>Herman S</p> <p>Herman S</p> <p>Herman S</p> |
| Jam 09.50    |  |  |   |
| Jam 10.00    |  |  |   |

| Hari/Tgl/jam | Diagnosa Keperawatan                                       | Perkembangan  | Nama&TTD  |
|--------------|--|---|---|
| Jam 10.30    | 3. Resiko perdarahan dibuktikan dengan Tindakan pembedahan | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi<br/>H : Klien mendengarkan dan akan memperhatikan asupan nutrisi</li> <li>- Menganjurkan meningkatkan asupan cairan<br/>H ; Klien mengatakan akan meningkatkan asupan cairan lewat minum</li> </ul> <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infeksi tidak terjadi</li> <li>- Klien rencana pulang</li> </ul> <p>R :</p> <p>Stop intervensi</p> <p>S : klien mengatakan tidak ada perdarahan lewat kateter<br/>O: Tidak ada perdarahan khususnya lewat Cateter<br/>Klien rencana pulang<br/>A : Resiko perdarahan dibuktikan dengan Tindakan pembedahan<br/>P : pertahankan intervensi</p> | <p>Herman S</p> <p>Herman S</p> <p>Herman S</p> <p>Herman S</p> |
| Jam 10.40    |  | <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor tanda dan gejala perdarahan<br/>H : Tidak terjadi perdarahan/clot hebat, hanya sedikit darah yang keluar lewat Kateter</li> <li>- Menganjurkan bed rest bila ada perdarahan<br/>H : Klien mendengarkan</li> </ul>   | <p>Herman S</p> <p>Herman S</p>                                 |
| Jam 11.00    |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan<br/>H : Klien tampak mengerti</li> <li>- Menganjurkan klien segera melapor jika terjadi perdarahan<br/>H : Klien tampak mengerti</li> </ul> <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perdarahan tidak terjadi</li> <li>- Klien rencana pulang</li> </ul> <p>R : Stop intervensi</p>   | <p>Herman S</p> <p>Herman S</p>                                 |

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA RESPONDEN II (TN A) DENGAN  
GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN BPH POST OP TURP  
DI RUANG TULIP 2 DI RSUD DR SOEKARDJO  
KOTA TASIKMALAYA**

**1. Pengkajian**

a. Biodata

1) Identitas Pasien

|                    |  |
|--------------------|--|
| Nama               | : Tn A   |
| Umur               | : 67 tahun   |
| Jenis kelamin      | : Laki-laki  |
| Alamat             | : Kampung Cinengtet RT 5/RW 1 Desa<br>Puspajaya, kecamatan Salawu kabupaten<br>Tasikmalaya |
| Status perkawinan  | : Kawin  |
| Agama              | : Islam  |
| Suku               | : Sunda  |
| Pendidikan         | : SD   |
| Pekerjaan          | : Petani   |
| No.Register        | : 23022549   |
| Diagnosa medis     | : Retensi urin e.c BPH   |
| Tanggal masuk      | : 21 November 2023   |
| Tanggal operasi    | : 21 November 2023   |
| Tanggal pengkajian | : 22 November 2023   |

2) Identitas Penanggung jawab

Nama : Ny W

Umur : 67 tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Ibu Rumah tangga

Hub. Dengan pasien : Istri

Alamat : Kampung Cinengtet RT 5/RW 1 Desa  
Puspajaya, kecamatan Salawu kabupaten  
Tasikmalaya

3) Alasan Masuk Rumah Sakit :

Susah kencing dan nyeri waktu kencing

4) Keluhan Utama Saat Pengkajian :

Nyeri daerah gland penis

5) Riwayat Kesehatan Sekarang :

Klien datang ke ruang Tulip 2 Rumah Sakit Umum dr. Soekardjo pada tanggal 21 November 2023 jam 17.00 langsung menjalani operasi TURP dengan keluhan sejak Desember 2022 (11 bulan) mengeluh susah buang air kencing, kencing sedikit-sedikit disertai nyeri. Setelah berobat ke poli klinik Urologi di Rumah Sakit Permata Bunda dan dilakukan pemeriksaan USG dan pemeriksaan lainnya klien didiagnosa Retensi Urine e.c BPH. Kemudian Klien direncanakan operasi pada tanggal 21 November 2023. Pada saat

dikaji tanggal 22 November 2023, klien mengatakan nyeri pada bagian gland penis yang terpasang selang Dower Cateter urine, kadsang disertai meringis :

P = Nyeri karena setelah tindakan operasi TURP

Q = Nyeri disertai perasaan perih di daerah gland penis, bertambah apabila digerakan dan berkurang bila diistirahatkan

R = Nyeri di daerah gland penis saja tidak ada penyebaran ke bagian yang lain

S = Skala nyeri 4 (0-10)

T = Nyeri dirasakan hilang timbul

6) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien belum pernah mengalami penyakit seperti ini sebelum nya.

Klien Tidak memiliki riwayat penyakit menular yang lain nya.

7) Riwayat Kesehatan Keluarga

Tidak ada Riwayat keluarga yang mengalami penyakit seperti klien.

Tidak ada keluarga klien yang mempunyai riwayat penyakit keturunan Diabetes melitus dan penyakit menular lain nya.

b. Data biologis

1) Penampilan Umum

Keadaan umum klien tampak lemah. Tekanan darah 140/80 mmHg, frekwensi nadi 88 x/’, frekwensi napas 18x/’, suhu 36,1 °C. Berat badan sekarang 65 kg. Tinggi badan 167 cm.

2) Activity Dailly Living

| No | ADL   | Di Rumah  | Di Rumah Sakit   |
|----|---|---|--|
| 1  | <p>Nutrisi</p> <p>a. Makan</p> <p>1) Jenis menu</p> <p>2) Frekuensi</p> <p>3) Porsi</p> <p>4) Pantangan</p> <p>5) Keluhan</p> <p>b. Minum</p> <p>1) Jenis minuman</p> <p>2) Frekuensi</p> <p>3) Porsi</p> <p>4) Pantangan</p> <p>5) Keluhan</p> | <p>TKTP</p> <p>2 x / hari</p> <p>Habis</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Air putih</p> <p>± 10 kali</p> <p>± 3000 cc /hari</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> | <p>Diet lunak (nasi tim, sop, tempe, telur)</p> <p>Baru makan pagi 1 kali</p> <p>Habis</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Air putih</p> <p>± 10 kali</p> <p>± 2000 cc/12 jam</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> |
| 2  | <p>Eleminasi Fekal</p> <p>a. Frekuensi</p> <p>b. Konsistensi faeces</p> <p>c. Bau</p> <p>d. Warna</p> <p>e. Jumlah</p> <p>f. Masalah</p>  | <p>1 kali/hari</p> <p>Lembek</p> <p>Khas faeces</p> <p>Kuning</p> <p>Tidak teridentifikasi</p> <p>Tidak ada</p>   | <p>2 hari belum BAB</p>  |
| 3  | <p>Eleminasi Urine</p> <p>a. Frekuensi</p> <p>b. Warna urine</p>  | <p>±14 kali /hari</p> <p>Kuning jernih</p>  | <p>Terpasang Spooling NaCL 0,9% 40 tts/' dengan Dower Cateter (DC) three way no 24</p> <p>Kuning jernih kadang ada</p>   |

| No | ADL  | Di Rumah   | Di Rumah Sakit  |
|----|--|--|---|
|    | c. Bau<br>d. Jumlah<br><br>e. Masalah  | Khas urine<br>$\pm 2500$ cc/24 jam<br><br>Tidak ada                                      | merah darah<br>Khas urine<br>Tidak bisa dihitung<br>keluaran urine dari DC<br>sama dengan tetesan<br>spooling NaCl 40 tts/'<br>Adanya nyeri pada gland<br>penis yang terpasang DC |
| 4  | Istirahat dan Tidur<br>a. Malam<br>1) Berapa jam<br>2) Dari jam<br>....s/d....<br>3) Kesukaran tidur<br>b. Siang<br>1) Berapa jam<br>2) Dari jam ....s/d...<br>3) 3) Kesukaran | <br>$\pm 7$ jam<br>21.00-04.00<br><br>Tidak ada<br><br>2 jam<br>13.00-15.00<br>Tidak ada | <br>$\pm 6$ jam<br>22.00-04.00<br><br>Tidak ada<br><br>Belum pernah   |
| 5  | <i>Personal Hygiene</i><br>a. Mandi<br>1) Frekuensi<br>2) Sabun<br>3) Gosok gigi<br>b. Berpakaian<br>1) Ganti pakaian  | <br>2x/ hari<br>Ya<br>Ya<br><br>2x/hari  | <br>1x/hari di <i>washlap</i><br>-<br>Ya<br><br>1x/hari Dibantu keluarga  |
| 6  | Mobilitas dan aktivitas<br>c) Kemampuan<br>mobilisasi  | mobilisasi normal  | Istirahat di tempat tidur,<br>Aktivitas dibantu keluarga<br>Klien banyak terlentang   |

| No | ADL                         | Di Rumah                                   | Di Rumah Sakit    |
|----|-----------------------------|--|-------------------|
|    | d) Aktivitas yang dilakukan | Aktivitas klien sehari hari sebagai petani | posisi semifowler |
|    | e) Kesulitan                | Tidak ada                                  | Tidak ada         |

Keseimbangan cairan selama 12 jam

Intake : Minum = 2000 cc

Infus RL = 1500 cc

Makan = 50 cc

Spooling NaCL 0,9% 40 tts/' = 1.920 cc

Jumlah = 5470 cc

Output: Urine = 4500 cc

IWL = 65 Kg x 10 cc = 650 cc

Jumlah 5.150 cc

Balance + 320 cc

3) Data hasil pemeriksaan fisik

a) Sistem Persyarafan

- (1) Status Mental Status mental Klien stabil, klien sakit sedang, kadang meringis kesakitan, emosi stabil, gaya bicara klien jelas, nyambung dan masuk akal, ekspresi wajah sesuai suasana atau stimulus yang diberikan.

(2) Tingkat kesadaran

Kesadaran klien Compos mentis, yakni keadaan sadar sepenuhnya dengan nilai GCS: 15, eyes 4 membuka mata spontan, verbal 5 orientasi baik, motorik 6 menuruti perintah

(3) Refleks-refleks

(a) Refleks berkedip pada kedua mata klien dalam batas normal.

(b) Refleks pupil pada kedua mata klien normal yakni tampak miosis saat terkena cahaya.

(c) Refleks menelan klien baik, klien mampu menelan makanan.

(d) Refleks bisep pada lengan kiri dan lengan kanan dalam batas normal.

(e) Refleks trisep pada lengan kanan dan lengan kiri dalam batas normal.

(f) Refleks patella bagian kanan pada bagian kiri dalam batas normal.

(g) Refleks babinski pada kaki kanan dan kaki kiri ada.

(4) Pemeriksaan rangsangan meningeal

(a) Kaku kuduk, tidak ada tahanan atau kekakuan leher yang menimbulkan sakit saat melakukan pemeriksaan pada klien.

- (b) Brudzinski I, pada saat fleksi leher tidak terjadi fleksi pada kedua lutut klien, maka tanda brudzinski I negatif.
- (c) Brudzinski II, tidak ada fleksi pada tungkai klien yang ekstensi maka tanda brudzinski II negatif.
- (d) Kernig sign, tungkai bawah klien dapat membentuk sudut 135<sup>o</sup> terhadap tungkai atas tanpa adanya nyeri.

(5) Nerveus Cranial

(a) Nervus I (Olfaktorius)

Klien dapat mencium aroma kayu putih pada lubang hidung sebelah kanan maupun sebelah kiri dengan cara menutup lubang hidung satu persatu.

(b) Nervus II (Optikus)

Penglihatan mata kanan klien kurang jelas untuk membaca tulisan *name tag* perawat pada jarak baca 30 cm. Untuk penglihatan jarak jauh masih baik.

Mata kanan kiri klien tidak dapat membaca tulisan *name tag* perawat pada jarak baca 30 cm, serta berfungsi baik untuk penglihatan jarak jauh. Klien tidak memakai kacamata.

(c) Nervus III (Okulomotorius)

Klien dapat mengangkat kelopak mata, dapat mengikuti benda yang digerakan pemeriksa ke arah inferior, refleks pupil baik.

(d)Nervus IV (Trochlearis)

Klien dapat mengikuti arah benda yang digerakkan pemeriksa kearah atas, serong kiri dan kanan atas.

(e)Nervus V (Trigeminus)

Klien merasakan sentuhan halus, tumpul dan tajam pada pipi, dahi, dan dagu. Refleks berkedip klien baik. Klien dapat merapatkan giginya, klien dapat melakukan gerakan mengunyah .

(f) Nervus VI (Abdusen)

Klien dapat mengikuti arah benda yang digerakkan pemeriksa dengan matanya kearah lateral.

(g) Nervus VII (Facialis)

Fungsi pengecapan klien masih baik karena dapat merasakan manis, asin dan asam. Fungsi motorik pada nervus ini klien cukup baik dalam mengangkat alis, mengerutkan dahi, menutup mata, unjuk gigi, mencucutkan bibir, dan juga mengembungkan pipinya.

(h) Nervus VIII (Vestibulocochlearis)

Kien dapat mendengar suara bisikan di telinga kanan maupun kiri.

(i) Nervus IX (Glosofaringeus) dan Nervus X (Vagus)

Klien dapat membedakan rasa pada lidah, suara klien tidak terdengar pelo, kemampuan menelan baik dan tidak kesulitan membuka mulut.

(j) Nervus XI (Accesorius) kekuatan otot trapezius pada saat mengangkat bahu kanan dan kiri

(k) Nervus XII (Hipoglosus) lidah klien tampak simetris.

b) Sistem Pernafasan

(1) Inspeksi

Keadaan hidung klien tampak baik, diantara kedua lubang hidung terdapat septum dengan posisi yang simetris, kedua lubang hidung tampak bersih,

(2) Palpasi

Vokal fremitus seimbang antara kanan dan kiri ketika klien mengucapkan tujuh puluh tujuh

(3) Perkusi

Terdengar sonor pada kedua bagian dada

(4) Auskultasi

Terdengar suara napas vesikuler tidak ada suara napas tambahan seperti gurgling, ronkhi atau wheezing.

c) Sistem kardiovaskular

(1) Inspeksi

Konjungtiva merah muda, , tidak ada peningkatan vena Jugularis bentuk, tidak ada tanda sianosis atau kebiruan pada bibir, tangan maupun kaki dada.

(2) Auskultasi

Suara jantung S1 dan S2 yakni lup dup, tidak terdengar suara tambahan serta irama jantung terdengar reguler.

(3) Perkusi

Terdengar redup saat dilakukan perkusi di dada kiri dibatas-batas jantung

(4) Palpasi

Capillary Rate Time (CRT) kembali dalam 2 detik, denyut nadi teraba kuat.

d) Sistem Pencernaan

(1) Inspeksi

Bibir klien tampak lembab, gigi putih sebagian ada yang tanggal, kebersihan mulut cukup, lidah tampak putih, kemampuan menelan baik, perut klien tampak kembung.

(2) Auskultasi

Bising usus klien terdengar 8 kali/menit.

(3) Palpasi

Perut lembut, agak kembung, tidak terdapat ascites, tidak ada distensi dan nyeri tekan di ke 4 kuadran perut

(4) Perkusi

Terdengar Timpani pada perut saat diperkusi

e) Sistem Integumen

(1) Inspeksi

Kulit klien tampak kering dan bersih, tidak ada ruam dikulit, kuku klien bersih dan tidak panjang.

(2) Palpasi

Turgor kulit dalam keadaan cukup di mana kulit cepat kembali ke posisi normal setelah dicubit. Kulit teraba hangat pada bagian yang tertekan

f) Sistem Musculoskeletal

(1) Inspeksi

Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti tumor (membengkak), calor (panas), dolor (sakit atau nyeri), rubor (memerah), fungsiolaesa (fungsinya terganggu). Terpasang infus RL pada tangan kiri.

(2) Palpasi

Kekuatan otot ekstermitas bawah maupun atas bagian dapat melakukan gerakan dengan melawan gravitasi dan tahanan.

(3) Movement

Extremitas atas dan bawah dapat digerakan sesuai yang diinstruksikan perawat

Kekuatan otot  $\begin{array}{c|c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$

Nilai 5 artinya otot tangan dan kaki mampu berkontraksi dan mengangkat dengan tahanan tangan perawat

g) Sistem Genitourinaria

(1) Inspeksi

Klien terpasang DC three way no 24, kebersihan kurang.

(2) Palpasi

Pada saat dipalpasi daerah symphysis pubis dan umbilikus tidak ada distensi kandung kemih,

4) Data psikososial spiritual

a) Psikososial

(1) Non verbal: klien tampak stabil, ekspresi wajah tenang, tidak tampak gelisah. Respon non verbal sesuai dengan kondisi.

(2) Verbal : komunikasi baik dan mampu menjawab pertanyaan dengan baik dan nyambung

(3) Status Emosi : Stabil, Klien mampu mengontrol emosi, tidak tampak cemas berlebih.

(4) Konsep diri

Gambaran diri : klien sedikit merasa tidak nyaman dengan kondisi penyakit nya

Harga diri : klien menerima penyakitnya dengan ikhlas dan sabar

Ideal diri : keinginan klien hanya ingin cepat sembuh dan cepat pulang.

(5) Interaksi sosial

Interaksi sosial klien baik, dapat berhubungan baik dengan perawat dan keluarga.

(6) Pola koping

Pola Klien baik dan memiliki motivasi untuk sembuh

(7) Pengetahuan pasien tentang penyakitnya

Klien mengatakan baru pertama kali mengalami penyakit seperti sekarang. Menyadari bahwa penyakit nya sebagai hal yang normal yang bisa dialami oleh setiap orang.

b) Spiritual

Klien beragama Islam. Keyakinan tentang agama cukup baik. Kegiatan ibadah seperti Shalat selama dirawat terganggu.

c. Data Penunjang

1) Laboratorium tanggal 1 November 2023

| No. | Jenis Pemeriksaan  | Hasil    | Satuan           | Nilai Rujukan   | Interpretasi |
|-----|--------------------|----------|------------------|-----------------|--------------|
| 1   | <u>Hematologi</u>  |          |                  |                 |              |
|     | Hemoglobin         | 12,7     | g/dl             | 12-17,4         | Normal       |
|     | Haematrokit        | 39,2     | %                | 36-52           | Normal       |
|     | Leukosit           | 10.400   | /mm <sup>3</sup> | 5.000-10.000    | Naik         |
|     | Trombosit          | 433.000  | /mm <sup>3</sup> | 150.000-350.000 | Naik         |
| 2   | <u>Faal Ginjal</u> |          |                  |                 |              |
|     | Ureum              | 27       | Mg/dl            | 10-50           | Normal       |
|     | Kreatinin          | 1,1      | Mg/dl            | 0,5-1,1         | Normal       |
| 3   | Swab rapid antigen | Negative |                  | Negative        | Normal       |

2) USG Prostat

Tidak ada exterpise

3) Terapi

| No. | Obat          | Dosis    | Jenis Pemberian | Jadwal pemberian |
|-----|---------------|----------|-----------------|------------------|
| 1   | Ceftriaxone   | 2x1 gram | iv              | 08-20            |
| 2   | Omeprazole    | 2x20 mg  | iv              | 08-20            |
| 3   | Ketorolac     | 2x30 mg  | Iv              | 08-20            |
| 4   | Dexamethasone | 2x10 mg  | iv              | 08-20            |
| 5   | Harnal        | 1x0,4 mg | oral            | 08               |

d. Analisa Data

| No | Data  | Kemungkinan penyebab Dampak   | Masalah                   |
|----|---|---|---------------------------|
| 1  | <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan nyeri pada bagian gland penis yang terpasang selang Dower Cateter urine :</li> <li>P = Nyeri karena setelah tindakan operasi TURP</li> <li>Q = Nyeri disertai perasaan perih di daerah gland penis, bertambah apabila digerakan dan berkurang bila diistirahatkan</li> <li>R = Nyeri di daerah gland penis saja tidak ada penyebaran ke bagian yang lain</li> <li>S = Skala nyeri 4 (0-10)</li> <li>T = Nyeri dirasakan hilang timbul</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak meringis</li> <li>- 140/80 mmHg</li> <li>- Nadi 88 x/menit</li> </ul> | <p>Idiopatik</p> <p>↓</p> <p>Perubahan keseimbangan estrogen dan testostosterone</p> <p>↓</p> <p>Produksi testostosterone nitrogen menurun dan estrogen meningkat</p> <p>↓</p> <p>BPH</p> <p>↓</p> <p>Prosedur pembedahan (TURP)</p> <p>↓</p> <p>Terpasang kateter</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p> | D.0077 Nyeri akut         |
| 2  | <p>DS :-</p> <p>DO :-</p>   | <p>Prosedur pembedahan (TURP)</p> <p>↓</p> <p>Kurang nya informasi pasca bedah</p> <p>↓</p> <p>Kurang nya perawatan</p> <p>↓</p> <p>Bakteri mudah masuk</p> <p>↓</p> <p>Resiko infeksi</p> <p>↓</p> <p>Perdarahan</p> <p>↓</p> <p>Tidak terkontrol</p> <p>↓</p> <p>Resiko perdararahan</p>        | D.0142 Resiko infeksi     |
| 3  | <p>DS:-</p> <p>DO :-</p>  | <p>Resiko perdararahan</p>  | D.0012Resiko perdararahan |

## 1. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Prosedur pembedahan (TURP)

dibuktikan dengan :

DS :

- klien mengatakan nyeri pada bagian gland penis yang terpasang selang Dower Cateter urine :

P = Nyeri karena setelah tindakan operasi TURP

Q = Nyeri disertai perasaan perih di daerah gland penis, bertambah apabila digerakan dan berkurang bila diistirahatkan

R = Nyeri di daerah gland penis saja tidak ada penyebaran ke bagian yang lain

S = Skala nyeri 4 (0-10)

T = Nyeri dirasakan hilang timbul

DO:

- Tampak meringis
- 140/80 mmHg
- Nadi 88 x/menit

- b. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive

- c. Resiko perdarahan dibuktikan dengan Tindakan pembedahan

## 2. Intervensi keperawatan

| No | Diagnosa Keperawatan   | Perencanaan  |  |  |
|----|--|--|--|--|
|    |  | Tujuan   | Intervensi   | Rasionalisasi  |
| 1  | <p>Nyeri akut berhubungan dengan Prosedur pembedahan (TURP) dibuktikan dengan :<br/>           DS :<br/>           - Klien mengatakan nyeri pada bagian gland penis yang terpasang selang Dower Cateter urine :<br/>           P = Nyeri karena adanya Tindakan operasi TURP<br/>           Q = Nyeri disertai perasaan perih di daerah gland penis, bertambah apabila digerakan dan berkurang bila diistirahatkan<br/>           R = Nyeri di daerah gland penis saja tidak ada penyebaran ke bagian yang lain<br/>           S = Skala nyeri 4 (0-10)<br/>           T = nyeri dirasakan hilang timbul<br/>           DO:<br/>           - Tampak meringis<br/>           - TD 140/80mmHg<br/>           - Nadi 88 x/menit</p> | <p>L.08066 Setelah dilakukan intervensi selama 12 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :<br/>           - Nyeri berkurang<br/>           - Meringis berkurang</p> | <p>Observasi<br/>           - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.<br/>           - Identifikasi skala nyeri<br/>           - Identifikasi respon nyeri non verbal<br/>           - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.<br/>           - Monitor efek samping penggunaan analgetik<br/>           Terapeutik<br/>           - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan <i>relaksasi Benson</i><br/>           - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br/>           - Fasilitasi istirahat dan tidur<br/>           Edukasi<br/>           - Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri<br/>           - Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> | <p>- Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.<br/>           - Mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan klien<br/>           - Mengetahui tingkatan nyeri yang sebenarnya<br/>           - Mengurangi faktor-faktor yang dapat memperparah nyeri<br/>           - Bila timbul ciri-ciri abnormal pada klien dapat menghentikan analgetik<br/>           - Bisa mengurangi nyeri<br/>           - Lingkungan yang nyaman berpengaruh mengurangi nyeri<br/>           - Dapat menghindari penyebab dari nyeri<br/>           - Agar klien dapat meredakan nyeri secara mandiri Ketika sudah pulang<br/>           - Agar ketika nyeri dirasakan klien mulai parah klien bisa memberitahu keluarga</p> |

| No | Diagnosa Keperawatan                                    | Perencanaan   |   |   |
|----|---|---|---|---|
|    |   | Tujuan  | Intervensi  | Rasionalisasi   |
|    |   |   | Kolaborasi<br>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu  | atau tenaga medis agar dapat mendapat penanganan secepatnya<br><br>- Agar nyeri dapat dihilangkan atau dikurangi  |
| 2  | Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive | Setelah dilakukan intervensi selama 24 jam Infeksi tidak terjadi    | Pencegahan Infeksi (I.14539)<br>Observasi<br>- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik<br><br>Terapeutik<br>- Batasi jumlah pengunjung<br><br>- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien<br><br>- Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi<br><br>Edukasi<br>- Jelaskan tanda dan gejala infeksi<br><br>- Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar<br><br>- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi<br><br>- Anjurkan meningkatkan asupan cairan | - Mengetahui sedini mungkin tanda dan gejala infeksi local dan sistemik<br><br>- Pengunjung yang banyak menambah resiko infeksi silang Mencegah terjadinya infeksi silang<br><br>- Cuci tangan mencegah terjadinya infeksi<br><br>- Teknik aspetik mencegah terjadinya infeksi<br><br>- Klien mengetahui tanda dan gejala infeksi<br><br>- Klien mengetahui dan mampu melakukan mencuci tangan dengan benar<br><br>- Nutrisi tinggi protein membantu mempertahankan daya tahan tubuh<br><br>- Terpenuhinya kebutuhan cairan |
| 3  | Resiko perdarahan dibuktikan dengan Tindakan pembedahan | Setelah dilakukan intervensi selama 24 jam perdarahan tidak terjadi | Pencegahan Perdarahan (I.02067)<br>Observasi  |   |

| No | Diagnosa Keperawatan | Perencanaan |   |   |
|----|----------------------|-------------|---|---|
|    |                      | Tujuan      | Intervensi  | Rasionalisasi   |
|    |                      |             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> <li>- Monitor nilai hematokrit/ hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah</li> <li>- Monitor koagulasi (mis. prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan atau platelet)</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan bed rest selama perdarahan</li> <li>- Batasi tindakan invasif, jika perlu</li> <li>- Hindari pengukuran suhu rektal</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi</li> <li>- Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan</li> <li>- Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengetahui sejak dini tanda dan gejala perdarahan</li> <li>- Mengetahui nilai hematokrit/ hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah</li> <li>- Mengetahui hasil koagulasi apakah ada kelainan</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bedrest membantu mengurangi terjadinya perdarahan</li> <li>- Tindakan invasive menambah resiko terjadinya perdarahan</li> <li>- Pengukuran suhu rektal beresiko menimbulkan luka yang bisa menyebabkan terjadinya perdarahan</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien dan keluarga mengetahui tanda dan gejala perdarahan</li> <li>- Membantu kebutuhan cairan klien dan mencegah konstipasi yang menyebabkan perdarahan</li> <li>- aspirin atau antikoagulan menambah resiko terjadinya perdarahan</li> <li>- Terpenuhi kebutuhan makanan klien sehingga membantu</li> </ul> |

| No | Diagnosa Keperawatan | Perencanaan |   |  |
|----|----------------------|-------------|---|--|
|    |                      | Tujuan      | Intervensi  | Rasionalisasi  |
|    |                      |             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- meningkatkan daya tahan tubuh</li> <li>- Mempercepat intervensi Tindakan seandainya ada perdarahan</li> <li>- Produk darah memenuhi kebutuhan kehilangan darah seandainya terjadi perdarahan</li> </ul> |

### 3. Implementasi keperawatan

| No | Diagnosa keperawatan  | Pelaksanaan  | Evaluasi   |
|----|---|--|--|
| 1  | <p>Nyeri akut berhubungan dengan Prosedur pembedahan (TURP) dibuktikan dengan :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada bagian gland penis yang terpasang selang Dower Cateter urine :</li> <li>P = Nyeri karena adanya Tindakan operasi TURP</li> <li>Q = Nyeri disertai perasaan perih di daerah gland penis, bertambah apabila digerakan dan berkurang bila diistirahatkan</li> <li>R = Nyeri di daerah gland penis saja tidak ada penyebaran ke bagian yang lain</li> <li>S = Skala nyeri 4 (0-10)</li> <li>T = nyeri dirasakan hilang timbul</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak meringis</li> <li>- TD 140/80 mmHg</li> <li>- Nadi 88 x/menit</li> </ul> | <p>Rabu, 22 November 2023<br/>09.30 WIB :</p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br/>H : Nyeri di daerah gland penis yang terpasang kateter, nyeri disertai perasaan perih nyeri hilang timbul<br/>Pelaksana Herman S</li> <li>- Mengidentifikasi skala nyeri<br/>H : Skala nyeri 4 (0-10)<br/>Pelaksana Herman S</li> <li>- Mengidentifikasi respon nyeri non verbal<br/>H : nyeri kadang disertai meringis,<br/>Pelaksana Herman S</li> <li>- Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri<br/>H : nyeri bertambah apabila daerah perut tegang dan berkurang bila tidak tegang<br/>Pelaksana Herman S</li> <li>- Memonitor efek samping penggunaan analgetik<br/>H : Tidak ada efek samping dari analgetik<br/>Pelaksana Herman S</li> </ul> | <p>Rabu, 22 November 2023<br/>10.30 WIB:</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri gland penis berkurang</li> <li>- Skala nyeri 3 (0-10)</li> <li>- Nyeri disertai perih di gland penis tidak ada</li> <li>- Nyeri di daerah gland penis saja tidak ada penyebaran ke bagian yang lain</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meringis tidak ada</li> <li>- TD 140/81 mmhg</li> <li>- Nadi 76x/’</li> </ul> <p>A : Nyeri Akut sebagian teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi (Relaksasi Benson)</p> <p style="text-align: right;">Herman S</p> |

| No | Diagnosa keperawatan                                    | Pelaksanaan  | Evaluasi  |
|----|---|--|---|
|    |   | <p>Rabu 22 November 2023<br/>10.00 WIB :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan Teknik non farmakologis <b>relaksasi Benson</b><br/>H : klien melakukan relaksasi Benson<br/>Pelaksana<br/>Herman S</li> <li>- Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)<br/>H : lingkungan tampak nyaman, tidak bising, pencahayaan cukup<br/>Pelaksana<br/>Herman S</li> <li>- Menjelaskan strategi meredakan nyeri<br/>H : klien tampak memahami<br/>Pelaksana<br/>Herman S</li> </ul> <p>Rabu 22 Oktober 2023<br/>09.00 WIB :<br/><b>Kolaboratif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan terafi ketorolac injeksi 30 mg IV<br/>H : terafi Ketorolac injeksi 30 mg telah diberikan, klien merasa nyaman<br/>Pelaksana<br/>Herman</li> </ul> |   |
| 2  | Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive | <p>Rabu 22 November 2023<br/>10.50 WIB<br/>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik</li> </ul>   | <p>Rabu 22 November 2023<br/>11.30 WIB<br/>S : klien mengatakan merasa nyaman, tidak ada panas<br/>O : Tidak terdapat tanda-tanda infeksi :</p> |

| No | Diagnosa keperawatan | Pelaksanaan   | Evaluasi  |
|----|----------------------|---|---|
|    |                      | <p>H : Tidak ada tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik</p> <p style="text-align: right;">Pelaksana<br/>Herman S</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Membatasi jumlah pengunjung<br/>H : Pengunjung tidak ada<br/>Pelaksana<br/>Herman S</li> <li>- Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien<br/>H : Mencuci tangan telah dilakukan<br/>Pelaksana<br/>Herman S</li> </ul> <p>Rabu 22 November 2023<br/>11.10 WIB :</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan tanda dan gejala infeksi<br/>H : Klien tampak mengerti<br/>Pelaksana<br/>Herman S</li> <li>- Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar<br/>H : Klien tampak mengikuti dan melakukan<br/>Pelaksana<br/>Herman S</li> <li>- Menganjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ul> | <p>kemerahan,bengkak,nyeri berkurang<br/>A : Infeksi tidak terjadi<br/>P : Pertahankan intervensi</p> |

| No | Diagnosa keperawatan                                    | Pelaksanaan   | Evaluasi   |
|----|---|---|--|
|    |   | H ; Klien mengatakan akan meningkatkan asupan cairan lewat minum<br>Pelaksana<br>Herman S   |  |
| 3  | Resiko perdarahan dibuktikan dengan Tindakan pembedahan | Rabu 22 November 2023<br>11.45 WIB<br>Observasi<br>- Memonitor tanda dan gejala perdarahan<br>H : Tidak terjadi perdarahan hebat, hanya sedikit darah yang keluar lewat Kateter<br>Pelaksana<br>Herman S<br><br>Terapeutik<br>- Menganjurkan bed rest bila ada perdarahan<br>H : Klien mendengarkan<br>Pelaksana<br>Herman S<br>- Membatasi tindakan invasif, jika perlu<br>H : Tindakan invasive tidak dilakukan<br>Pelaksana<br>Herman S<br>Rabu, 22 November 2023<br>12.10 WIB<br>Edukasi<br>- Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan<br>H : Klien dan keluarga tampak mengerti<br>Pelaksana<br>Herman S<br>- Menganjurkan klien segera melapor jika terjadi perdarahan | Rabu 22 November 2023<br>12.30 WIB :<br>S :-<br>O: Tidak ada perdarahan/clot khususnya lewat Cateter<br>A: Perdarahan tidak terjadi<br>P :Pertahankan intervensi |

| No | Diagnosa keperawatan | Pelaksanaan   | Evaluasi |
|----|----------------------|---|----------|
|    |                      | <p>H : Klien tampak mengerti</p> <p>Pelaksana</p> <p>Herman S</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu</li> </ul> <p>H : Produk darah sementara belum diperlukan</p> <p>Pelaksana</p> <p>Herman S</p> |          |

#### 4. Evaluasi dan catatan perkembangan

| Hari/Tgl/jam           | Diagnosa Keperawatan  | Perkembangan   | Nama&TTD  |
|------------------------|---|--|---|
| Kamis 23 November 2023 | 1) Nyeri akut berhubungan dengan Prosedur pembedahan (TURP) | <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri gland penis berkurang</li> <li>- Skala nyeri 2 (0-10)</li> <li>- Nyeri disertai linu di gland penis</li> <li>- Nyeri di daerah gland penis saja tidak ada penyebaran ke bagian yang lain</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meringis tidak ada</li> <li>- TD 130/80</li> <li>- N 77x/’</li> <li>- Klien untuk pulang hari ini</li> </ul> <p>A : Nyeri akut berhubungan dengan Prosedur pembedahan (TURP)</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> </ul> | Herman S  |
|                        |   | <p>H : Nyeri di gland penis berkurang disertai linu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi skala nyeri</li> </ul> <p>H : Skala nyeri 2 (0-10)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ul> <p>H : nyeri bertambah apabila digerakan dan berkurang bila diistirahatkan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan terafi ketorolac injeksi 30 mg IV.</li> </ul> <p>H : nyeri tampak berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan Teknik nonfarmakologis <b>relaksasi Benson</b></li> </ul> <p>H : klien tampak melakukan, skala nyeri</p>                             | <p>Herman S</p> <p>Herman S</p> <p>Herman S</p> <p>Herman S</p> |
| Jam 08.30              |   |  |   |
| Jam 09.00              |   |  |   |



| Hari/Tgl/jam | Diagnosa Keperawatan                                       | Perkembangan  | Nama&TTD                        |
|--------------|--|---|---------------------------------|
| Jam 10.00    |  | <p>H : Mencuci tangan telah dilakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ul> <p>H ; Klien mengatakan akan meningkatkan asupan cairan lewat minum</p> <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infeksi tidak terjadi</li> <li>- Klien rencana pulang</li> </ul> <p>R :</p> <p>Stop intervensi</p>  | <p>Herman S</p> <p>Herman S</p> |
| Jam 10.20    | 3) Resiko perdarahan dibuktikan dengan Tindakan pembedahan | <p>S : klien mengatakan tidak ada perdarahan lewat kateter</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada perdarahan banyak nya lewat Cateter</li> <li>- Klien rencana pulang</li> </ul> <p>A : Resiko perdarahan dibuktikan dengan Tindakan pembedahan</p> <p>P : pertahankan intervensi</p>   | <p>Herman S</p>                 |
| Jam 10.30    |  | <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor tanda dan gejala perdarahan</li> </ul> <p>H : Tidak terjadi perdarahan hebat, hanya sedikit darah yang keluar lewat Kateter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan bed rest bila ada perdarahan</li> </ul> <p>H : Klien mendengarkan dan akan melakukan nya.</p>   | <p>Herman S</p> <p>Herman S</p> |
| Jam 11.00    |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan</li> </ul> <p>H : Klien tampak mengerti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan klien segera melapor jika terjadi perdarahan</li> </ul> <p>H : Klien tampak mengerti</p> <p>E :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perdarahan/clot tidak terjadi</li> <li>- Klien rencana pulang</li> </ul> <p>R : Stop intervensi</p> | <p>Herman S</p> <p>Herman S</p> |

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**



Nama lengkap : Herman Suherman  
Tempat, tanggal lahir : Tasikmalaya 07-02-1977  
Alamat : Kota Tasikmalaya, Jawa Barat  
Pendidikan :  
SD : SDN Nagarawangi 1 Kota Tasikmalaya lulus tahun 1989  
SMP : SMPN 3 Kota Tasikmalaya lulus tahun 1992  
SMA : SMAN 2 Kota Tasikmalaya lulus tahun 1995  
D3 Keperawatan : Poltekes Kemenkes Tasikmalaya lulus tahun 1998  
D4 Keperawatan : Poltekes Kemenkes Tasikmalaya lulus tahun 2011  
Ners : Poltekes Kemenkes Tasikmalaya tahun 2023  
Pekerjaan : Perawat RSUD Dr Soekardjo Kota Tasikmalaya

