

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST *OPEN*
PROSTATEKTOMI ATAS INDIKASI *BENIGNA PROSTAT*
HYPERPLASIA DENGAN GANGGUAN RASA
NYAMAN NYERI DI RUANG TOPAZ
DI RSUD DR.SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Oleh

FADILA ILMA AMALIA

AKX.16.045



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG
2019**

**LEMBAR PERNYATAAN
KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Fadila Ilma Amalia
NIM : AKX.16.045
Institusi : DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien Post Op *Open Prostatektomi* Atas Indikasi *Benigna Prostat Hyperplasia* dengan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri di Ruang Topaz di RSUD dr.Slamet Garut

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar – benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiat/ jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung, April 2019

Yang Membuat Pernyataan



Fadila Ilma Amalia

AKX.16.045

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OP *OPEN*
PROSTATEKTOMI ATAS INDIKASI *BENIGNA PROSTAT*
HYPERPLASIA DENGAN GANGGUAN RASA
NYAMAN NYERI DI RUANG TOPAZ
DI RSUD DR.SLAMET GARUT

OLEH
FADILA ILMA AMALIA
AKX.16.045

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti
tertera dibawah ini
20 MEI 2019
Menyetujui,

Pembimbing Utama



Ade Tika Herawati, S.Kep., Ners., M.Kep
NIK : 10107069

Pembimbing Pendamping



Vina Viniawati, S.Kep., Ners., M.Kep
NIK : 10104025

Mengetahui,

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep
NIK 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST *OPEN PROSTATEKTOMI*
ATAS INDIKASI *BENIGNA PROSTAT HYPERPLASIA* DENGAN
GANGGUAN RASA NYAMAN NYERI DI RUANG TOPAZ
DI RSUD DR.SLAMET GARUT**

**OLEH
FADILA ILMA AMALIA
AKX.16.045**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung Pada tanggal, Mei 2019

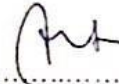
Panitia Penguji

**Ketua : Ade Tika Herawati, S.Kep., Ners., M.Kep
(Pembimbing Utama)**

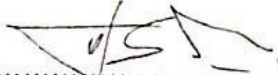
(.....)

Anggota


**1. Tuti Suprapti, S.Kp.,M,Kep
(Penguji I)**

(.....)

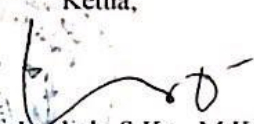
**2. Hj. Sri Sulami, S.kep., MM
(Penguji II)**

(.....)

**3. Vina Viniawati, S.Kep., Ners., M.Kep
(Pembimbing Pendamping)**

(.....)

**Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,**


**Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIK 101070641**

ABSTRAK

Latar Belakang: Pasca pembedahan Open Prostatectomy pasien merasakan nyeri hebat dan penderita mempunyai pengalaman yang kurang menyenangkan akibat pengelolaan nyeri yang tidak adekuat, karena itu penulis melakukan asuhan keperawatan dengan menerapkan terapi relaksasi progresif. Relaksasi progresif meliputi kombinasi latihan pernafasan yang terkontrol dan rangkaian kontraksi serta relaksasi kelompok otot. **Tujuan;** Untuk memperoleh pengalaman melakukan asuhan keperawatan pada klien post operasi BPH dengan masalah keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri. **Metode:** studi kasus ialah suatu penyelidikan intensif tentang individu, dan atau unit sosial yang dilakukan secara mendalam dengan menemukan semua verbal penting tentang perkembangan individu atau unit sosial yang diteliti. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien post operasi open prostatektomi dengan masalah keperawatan. **Hasil:** Setelah dilakukan pengkajian ditemukan masalah gangguan rasa nyaman nyeri. Setelah dilakukan perawatan dengan intervensi keperawatan, masalah keperawatan pada gangguan rasa nyaman nyeri pada kasus kesatu dapat teratasi dihari ke 3 dan pada kasus kedua masalah keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri belum dapat teratasi dihari ke 3 dari faktor usia, kemampuan klien untuk mengontrol nyeri, serta kemampuan klien dalam memahami relaksasi progresif dengan mudah, sehingga memberikan hasil yang maksimal dalam penurunan intensitas nyeri dengan relaksasi progresif. **Diskusi :** klien dengan masalah keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri tidak memiliki respon yang sama pada pasien post operasi open prostatektomi hal ini dipengaruhi oleh status kesehatan klien dan kondisi kesehatan sebelumnya. Penulis berharap kepada para perawat agar senantiasa tidak melupakan prinsip septic dan aseptik dalam melakukan setiap tindakan untuk mencegah hal yang tidak diharapkan.

Kata Kunci : Asuhan keperawatan, Gangguan rasa nyaman nyeri, Open Prostatektomi,

Daftar Pustaka: 8 Buku (2009-2019), 3 Jurnal (2013-2017), 2 website (2015-2019)

ABSTRACT

Background: In post-surgery patients feel severe pain and patients have unpleasant experiences due to inadequate pain management. Progressive relaxation includes a combination of controlled breathing exercises and a series of contractions and relaxation of muscle groups. **Aim;** To gain experience in carrying out nursing care for postoperative BPH clients with acute pain nursing problems. **Method:** a case study is an intensive investigation of individuals, and or social units that is carried out in depth by finding all the important verbal about the development of the individual or social unit under study. This case study was conducted in two postoperative patients open prostatectomy with nursing problems. **Results:** After the study was conducted, it was found that pain relief problems. After treatment with nursing interventions, nursing problems in discomfort and discomfort in the first case can be resolved on day 3 and in the second case the comfort problems of discomfort nursing can not be overcome on day 3 of the age factor, the client's ability to control pain, and ability clients in understanding progressive relaxation easily, thus providing maximum results in decreasing pain intensity with progressive relaxation. **Discussion:** clients with comfort pain disorder nursing problems do not have the same response in postoperative patients open prostatectomy this is influenced by the client's health status and previous health conditions. And the author hopes that nurses will always not forget the septic and aseptic principles in carrying out every action to prevent unexpected things and always carry out comprehensive nursing care to deal with nursing problems for each patient.

Keywords: Nursing care, pain relief, Open Prostatectomy,

Bibliography: 8 Books (2009-2019), 3 Journals (2013-2017), 2 websites (2015-2019)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPEN PROSTATEKTOMI ATAS INDIKASI BENIGNA PROSTAT HYPERPLASIA DENGAN GANGGUAN RASA NYAMAN NYERI DI RUANG TOPAZ DI RSUD DR.SLAMET GARUT” dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung. Penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH, M.Pd, MH.Kes, selaku ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S,Kp.,M.Kp, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, S,Kp., M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. Ade Tika Herawati, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Vina Viniawati, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ini.
6. dr. H Maskut Farid, MM, selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Asep Hedi, S.Kep.,Ners, selaku CI Ruangan Topaz yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktik keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut.
8. Staf dosen, staf perpustakaan serta karyawan/i di Prodi D-III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik STIKes Bhakti Kencana Bandung.

9. Mama yang selalu mendengarkan keluh kesah dan tak pernah berhenti memotivasi, memberikan semangat, nasihat dan do'a selama penulis membuat karya tulis ini.
10. Papa yang selalu memberikan semangat dan mendo'akan dari jauh serta memberikan nasihat agar tidak patah semangat dan selalu sabar mendengarkan cerita penulis saat mengalami sulit tidur karena pembuatan karya tulis ini.
11. Dafa yang selalu memberikan do'a dan semangat dengan cara yang menenangkan. Akiki dan Aeka yang selalu menghibur dan memberikan semangat, dan satu teman baru yang selalu memberikan motivasi dan semangat di setiap waktu selama pembuatan karya tulis ini,
12. Semua pihak yang telah membantu menyelesaikan karya tulis ini khususnya teman-teman kelas C anestesi dan teman-teman anestesi angkatan 12.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, Mei 2019

PENULIS

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|---|----------|
| Halaman Judul | i |
| Lembar Pernyataan | ii |
| Lembar Persetujuan | iii |
| Lembar Pengesahan | iv |
| Kata Pengantar | v |
| Abstract | vii |
| Daftar Isi | viii |
| Daftar Gambar | xi |
| Daftar Tabel | xii |
| Daftar Bagan | xiii |
| Daftar Lampiran..... | xiv |
| Daftar Lambang, Singkatan, dan Istilah | xv |
| BAB I PENDAHULUAN..... | 1 |
| 1.1 Latar Belakang..... | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah..... | 3 |
| 1.3 Tujuan | 3 |
| 1.3.1 Tujuan Umum | 3 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus..... | 3 |
| 1.4 Manfaat | 4 |
| 1.4.1 Teoritis | 4 |
| 1.4.2 Praktis..... | 4 |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | 7 |
| 2.1 Konsep Penyakit Benigna Prostat Hyperplasia | 7 |
| 2.1.1 Benigna Prostat Hyperplasia..... | 7 |
| 2.1.1.1 Definisi Benigna Prostat Hyperplasia..... | 7 |
| 2.1.1.2 Anatomi fisiologi kelenjar prostat..... | 8 |
| 2.1.1.3 Etiologi..... | 8 |
| 2.1.1.4 Patofisiologi..... | 9 |
| 2.1.1.5 Klasifikasi Benigna Prostat Hyperplasia..... | 13 |
| 2.1.1.6 Manifestasi Klinis..... | 13 |
| 2.1.1.7 Pemeriksaan klinis Benigna Prostat Hyperplasia..... | 14 |
| 2.1.1.8 Komplikasi Benigna Prostat Hyperplasia..... | 16 |
| 2.1.1.9 Penatalaksanaan..... | 16 |

| | |
|---|-----------|
| 2.2 Konsep Dasar Nyeri..... | 19 |
| 2.2.1 Definisi Nyeri..... | 19 |
| 2.2.2 Klasifikasi Nyeri | 20 |
| 2.2.3 Pegukuran Derajat Nyeri..... | 20 |
| 2.2.4 Efek Respon Nyeri | 22 |
| 2.2.5 Penanganan Nyeri | 22 |
| 2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Post Open Prostatektomi..... | 25 |
| 2.3.1 Pengkajian Keperawatan..... | 25 |
| 2.3.2 Diagnosa Keperawatan..... | 33 |
| 2.3.3 Intervensi Keperawatan..... | 33 |
| 2.3.4 Implementasi Keperawatan | 40 |
| 2.3.5 Evaluasi Keperawatan | 40 |
| BAB III METODE PENELITIAN..... | 43 |
| 3.1 Desain Penelitian | 43 |
| 3.2 Batasan Istilah..... | 43 |
| 3.3 Responden/Subyek Penelitian..... | 44 |
| 3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian | 45 |
| 3.5 Pengumpulan Data..... | 45 |
| 3.6 Uji Keabsahan Data | 47 |
| 3.7 Analisa Data..... | 47 |
| 3.8 Etik Penulisan KTI..... | 49 |
| BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN | 53 |
| 4.1 Hasil | 53 |
| 4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan data..... | 53 |
| 4.1.2 Pengkajian | 54 |
| 4.1.2.1 Pengumpulan Data | 54 |
| 4.1.2.2 Riwayat Penyakit..... | 55 |
| 4.1.2.3 Perubahan Aktivitas Sehari-hari..... | 56 |
| 4.1.2.4 Pemeriksaan fisik | 58 |
| 4.1.2.5 Pemeriksaan Psikologi..... | 62 |
| 4.1.2.6 Hasil Pemeriksaan Diagnostik..... | 63 |
| 4.1.2.7 Program Rencana Pengobatan..... | 65 |
| 4.1.2.8 Analisa Data | 65 |
| 4.1.2.9 Diagnosa Keperawatan..... | 67 |

| | |
|--|-----------|
| 4.1.2.10 Perencanaan..... | 68 |
| 4.1.2.11 Implementasi Keperawatan..... | 71 |
| 4.1.2.12 Evaluasi | 81 |
| 4.2 Pembahasan | 81 |
| 4.2.1 Pengkajian | 82 |
| 4.2.2 Diagnosa Keperawatan..... | 84 |
| 4.2.3 Intervensi Keperawatan..... | 87 |
| 4.2.4 Implementasi Keperawatan | 88 |
| 4.2.5 Evaluasi | 89 |
| BAB V KESIMPULAN DAN SARAN..... | 92 |
| 5.1 Kesimpulan | 92 |
| 5.1.1 Pengkajian | 92 |
| 5.1.2 Diagnosis | 92 |
| 5.1.3 Perencanaan..... | 93 |
| 5.1.4 Implementasi | 93 |
| 5.1.5 Evaluasi | 94 |
| 5.2 Saran | 94 |
| 5.2.1 Rumah Sakit | 94 |
| 5.2.2 Institusi Pendidikan | 95 |

Daftar Pustaka

Lampiran

DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|---|---------|
| Gambar 2.1 Prostat Normal dan BPH | 10 |

DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|--|---------|
| Tabel 2.1 Nyeri akut berhubungan dengan prosedur pembedahan..... | 34 |
| Tabel 2.2 Perubahan eliminasi urine : retensi urine, hematuri sehubungan dengan obstruksi mekanik ; bekuan darah, edema dan trauma | 35 |
| Tabel 2.3 Resiko tinggi infeksi sehubungan dengan luka operasi, kateter dan irigasi kandung kemih..... | 36 |
| Tabel 2.4 Resiko kekurangan volume cairan dan elektrolit sehubungan dengan pendarahan | 37 |
| Tabel 2.5 Resiko disfungsi seksual sehubungan dengan inkontinensia, kebocoran urine setelah pengangkatan kateter..... | 39 |
| Tabel 2.6 Kurang pengetahuan tentang perawatan post operasi sehubungan dengan kurang informasi..... | 39 |
| Tabel 4.1 Pengkajian Keperawatan | 79 |
| Tabel 4.2 Perubahan Aktivitas Sehari-Hari | 82 |
| Tabel 4.3 Pemeriksaan Fisik..... | 83 |
| Tabel 4.4 Pemeriksaan Psikologi..... | 87 |
| Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Diagnostik..... | 88 |
| Tabel 4.6 Program dan Rencana Pengobatan Klien I..... | 89 |
| Tabel 4.7 Program dan Rencana Pengobatan Klien II..... | 89 |
| Tabel 4.8 Analisa Data | 89 |
| Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan | 91 |
| Tabel 4.10 Intervensi..... | 95 |

| | |
|----------------------------------|-----|
| Tabel 4.11 Implementasi..... | 100 |
| Tabel 4.12 Evaluasi Sumatif..... | 110 |

DAFTAR BAGAN

| | Halaman |
|------------------------------------|---------|
| Bagan 2.1 Pathway | 11 |
| Bagan 2.2 Pathway post op BPH..... | 12 |

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Konsultasi KTI
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden (*Informed Consent*)
- Lampiran 3 Surat Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
- Lampiran 4 Riview Jurnal
- Lampiran 5 SAP dan Leaflet

Daftar Lambang, Singkatan, dan Istilah

| | |
|----------|---|
| BPH | : Benigna Prostat Hiperplasia |
| BAB | : Buang Air Besar |
| BAK | : Buang Air Kecil |
| BB | : Berat Badan |
| b.d | : Berhubungan Dengan |
| CI | : <i>Clinical Instructor</i> |
| cm | : Centi Meter |
| DC | : Dower Kateter |
| DM | : Diabetes Melitus |
| DPP PPNI | : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia |
| dr | : Dokter |
| GCS | : <i>Glasgow Coma Skale</i> |
| Hb | : Hemoglobin |
| Ht | : Hematokrit |
| IBS | : Instalasi Bedah Sentral |
| ICS | : <i>Intercosta</i> |
| IGD | : Instalasi Gawat Darurat |
| IV | : Intra Vena |
| Kel, Kec | : Kelurahan, Kecamatan |
| Kg | : Kilogram |
| KU | : Keadaan Umum |

| | |
|---------|--|
| ml | : Mili Liter |
| mg | : Mili Gram |
| mm | : Mili Meter |
| mmHg | : Milimeter Hydragyrum |
| NaCl | : Natrium Chlorida |
| Ny | : Nyonya |
| OP | : Operasi |
| PEMKAB | : Pemerintah Kabupaten |
| RR | : <i>Respirasi Rate</i> |
| RS | : Rumah Sakit |
| RSU | : Rumah Sakit Umum |
| RSUD | : Rumas Sakit Umum Daerah |
| SOAP | : Subjektif, Objektif, <i>Assasment, Planning</i> |
| SOAPIER | : Subjektif, Objektif, <i>Assasment, Planning</i> , Intervensi, Evaluasi, <i>Re-assasment</i> |
| TB | : Tinggi Badan |
| TBC | : <i>Tuberculosis</i> |
| TD | : Tekanan Darah |
| THT | : Telinga Hidung Tenggorokan |
| Tn | : Tuan |
| TPM | : Tetes Per Menit |
| TTV | : Tanda-tanda Vital |
| USG | : Ultrasonografi |

WBC : *White Blood Cell*

WIB : Waktu Indonesia Barat

WOD : Wawancara, Observasi, Dokumen

± : Kurang Lebih

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Benigna Prostat Hyperplasia (BPH) adalah suatu penyakit pembesaran atau hipertrofi dari prostat. Hiperplasia merupakan pembesaran ukuran sel (kualitas) dan diikuti oleh penambahan jumlah sel (kuantitas). BPH seringkali menyebabkan gangguan dalam eliminasi urine karena pembesaran prostat yang cenderung ke arah depan atau menekan vesika urinaria. Kelainan ini ditemukan pada sekitar 20% laki-laki dengan usia 40 tahun, meningkat 70% pada usia 60 tahun dan menjadi 90% pada usia 70 tahun (Prabowo & Pranata 2014).

Menurut data World Health Organization (WHO) (2013), di seluruh dunia diperkirakan terdapat sekitar 70 juta kasus BPH . Sedangkan di Indonesia BPH merupakan penyebab angka kesakitan nomor dua terbanyak setelah penyakit batu pada saluran kemih. Tahun 2013 di Indonesia terdapat 9,2 juta kasus BPH. (Risesdas, 2013).

Berdasarkan data dari rekam medik RSUD dr. Slamet Garut sejak 2017-2018 *Benigna Prostat Hyperplasia* tidak termasuk dalam 10 data penyakit terbanyak. Sedangkan hasil data yang diperoleh dari bagian rekam medik di Ruang Topaz RSUD Garut pada tahun 2018, jumlah penderita yang mengalami *Benigna Prostat Hyperplasia* termasuk dalam kategori 10 penyakit terbanyak dan menempati urutan ke dua.

Pada pasien BPH menimbulkan penekanan prostat dan jaringan sekitar, sehingga menimbulkan iritasi pada mukosa uretra. Inilah nantinya akan menyebabkan keluhan frekuensi, urgensi, inkontinensia urgensi, dan noktoria (Muttakin, 2014).

Menurut (Purnomo, 2014), penatalaksanaan pada pasien dengan BPH dapat dilakukan dengan beberapa cara, salah satunya adalah dengan terapi bedah. Terapi bedah ini dilakukan dengan indikasi bila retensi urin yang dialami pasien berulang, hematuria, penurunan fungsi ginjal, infeksi saluran kemih berulang, divertikel batu saluran kemih, *hidroureter*, serta *hidronefrosis*. Beberapa jenis pembedahan yang lazim dilakukan untuk mengatasi BPH adalah : TURP (*Transsurethral Resection of Prostate*), *Open Prostatektomi*, Retropubic prostatektomi, dan Perineal Prostatektomi. Dikarenakan keadaan prostat klien terlalu besar maka dilakukan pembedahan *Open Prostatectomy*.

Open Prostatectomy adalah suatu tindakan pembedahan yang dilakukan jika prostat terlalu besar diikuti oleh penyakit penyerta lainnya, dan adanya adenoma yang besar. Pembedahan direkomendasikan pada pasien BPH yang tidak menunjukkan perbaikan setelah terapi medikamentosa (Prabowo & Pranata 2014). Prostatectomy akan menimbulkan beberapa masalah seperti perubahan eliminasi urine, resiko infeksi, disfungsi seksual, kekurangan volume cairan dan nyeri (Doengoes 2014).

Pasca pembedahan *Open Prostatectomy* pasien merasakan nyeri hebat dan 75% penderita mempunyai pengalaman yang kurang menyenangkan akibat pengelolaan nyeri yang tidak adekuat (Pinandita dkk, 2012). Rasa nyeri yang disebabkan oleh pembedahan mengakibatkan pasien merasa takut untuk bergerak atau mobilisasi yang dapat menurunkan kualitas hidup bahkan nyeri merupakan sumber frustrasi (Potter dan Perry, 2006).

Berdasarkan dari uraian diatas maka penulis merasa tertarik untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan pada klien Post Op *Open Prostatectomy* Atas Indikasi *Benigna Prostat Hyperplasia* dalam Karya Tulis Ilmiah dengan

judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op *Open Prostatectomy* Atas Indikasi *Benigna Prostat Hyperplasia* dengan Masalah Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri di Ruang Topaz RSUD dr. Slamet Garut”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam KTI ini adalah bagaimanakah asuhan keperawatan pada Klien *Post Op Open Prostatectomy* atas indikasi *Benigna Prostat Hiperplasia* (BPH) dengan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri di RSUD dr.Slamet Garut ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1.Tujuan Umum

Tujuan umum dari karya tulis ilmiah ini adalah penulis mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien *Post Open Prostatektomi* dengan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri di Ruang Topaz RSUD dr. Slamet Garut.

1.3.2.Tujuan Khusus

1.3.2.1 Penulis mampu melakukan pengkajian pada pasien post operasi *open Prostatectomy* dengan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri di Ruang Topaz RSUD dr. Slamet Garut.

1.3.2.2 Penulis mampu menegakan diagnosa keperawatan pada pasien post operasi *open Prostatectomy* dengan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri di Ruang Topaz RSUD dr. Slamet Garut.

1.3.2.3 Penulis mampu menyusun rencana asuhan secara menyeluruh pada pasien post operasi *open Prostatectomy*

dengan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri di Ruang Topaz RSUD dr. Slamet Garut.

1.3.2.4 Penulis mampu melakukan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien post operasi *open Prostatectomy* dengan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri di Ruang Topaz RSUD dr. Slamet Garut.

1.3.2.5 Penulis mampu mengevaluasi efektifitas asuhan yang diberikan pada pasien post operasi *open Prostatectomy* dengan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri di Ruang Topaz RSUD dr. Slamet Garut.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pada klien Post op *open prostatectomy* dengan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan asuhan keperawatan ini dapat menjadi referensi bacaan ilmiah mahasiswa untuk mengaplikasikan asuhan keperawatan dengan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri pada pasien post operasi *Open Prostatectomy*.

1.4.2.2 Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan, saran, implementasi, dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik layanan keperawatan di Rumah Sakit khususnya pada klien *Post Open Prostatektomi* atas indikasi *Benigna Prostat Hiperplasia*.

1.4.2.3 Bagi Profesi Keperawatan

Meningkatkan pengetahuan perawat dalam menerapkan teknik non-farmakologi terhadap Gangguan Rasa Nyaman Nyeri pada pasien post operasi *open Prostatectomy*.

1.4.2.4 Bagi Penulis

Sebagai sarana dan alat dalam memperoleh pengetahuan dan pengalaman khususnya di bidang Keperawatan Medikal Bedah pada pasien *Post Open Prostatektomi* atas indikasi *Benigna Prostat Hiperplasia*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 *Benigna Prostat Hyperplasia*

2.1.1.1. Definisi *Benigna Prostat Hyperplasia*

Benigna Prostat Hyperplasia (BPH) adalah pembesaran progresif dari kelenjar prostat, bersifat jinak disebabkan oleh hiperplasi beberapa atau semua komponen prostat yang mengakibatkan penyumbatan uretra pars prostatika (Muttaqin & Sari 2014).

Benigna Prostat Hyperplasia (BPH) adalah pembesaran progresif dari kelenjar prostat (secara umum pada pria lebih tua dari 50 tahun) menyebabkan berbagai derajat obstruksi uretral dan pembatasan aliran urinarius (Doenges 2014).

BPH adalah suatu penyakit pembesaran atau hipertropi dari prostat. Kata-kata hipertropi seringkali membuat kontroversi dikalangan klinik karna sering rancu dengan hyperplasia. Hyperplasia merupakan pembesaran sel (kualitas) dan diikuti oleh penambahan jumlah sel (kuantitas) (Prabowo 2014).

Dari beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa Benigna Prostat Hyperplasia ialah terjadinya pembesaran kelenjar prostat yang menyebabkan terhambatnya aliran urine karena penyempitan uretra. Benigna

Prostat Hyperplasia biasanya terjadi pada pria yang berusia diatas 50 tahun yang terjadi akibat proses penuaan.

2.1.1.2. Anatomi fisiologi kelenjar prostat

Kelenjar prostat terletak di bawah kandung kemih dan mengelilingi / mengitari uretra posterior dan disebelah proximalnya berhubungan dengan buli-buli, sedangkan bagian distalnya kelenjar prostat ini menempel pada diafragma urogenital yang sering disebut sebagai otot dasar panggul. Kelenjar ini pada laki-laki dewasa kurang lebih sebesar buah kemiri, ukuran panjangnya sekitar 4-6 cm, lebar 3-4 cm, dan tebalnya kurang lebih 2-3 cm beratnya sekitar 20 gram (Jitowiyono & Kristiyanasari 2012).

Prostat menghasilkan suatu cairan yang merupakan salah satu komponen dari cairan ejakulasi. Cairan ini dialirkan melalui duktus sekretorius dan bermuara di uretra posterior untuk kemudian dikeluarkan bersama cairan semen yang lain pada saat ejakulasi. Volume cairan prostat merupakan $\pm 25\%$ dari volume ejakulat (Muttaqin & Sari 2014).

2.1.1.3. Etiologi

Penyebab yang pasti dari terjadinya BPH sampai sekarang belum diketahui. Namun yang pasti kelenjar prostat sangat tergantung pada hormone androgen. Factor lain yang erat kaitannya dengan BPH adalah proses penuaan. Ada beberapa factor kemungkinan penyebab antara lain:

- a. Dihydrotestosteron

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

b. Perubahan keseimbangan hormon estrogen – testosteron

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

c. Interaksi stroma – epitel

Peningkatan epidermal growth factor atau fibroblast growth factor dan penurunan transforming growth factor beta menyebabkan hiperplasia stroma epitel

d. Berkurangnya sel yang mati

Estrogen yang mengikat menyebabkan peningkatan lama hidup stroma dan epitel dari kelenjar prostat

e. Teori sel stem

Sel stem yang mengikat mengakibatkan proliferasi sel transit (Sugeng Jitowiyono dkk, 2012).

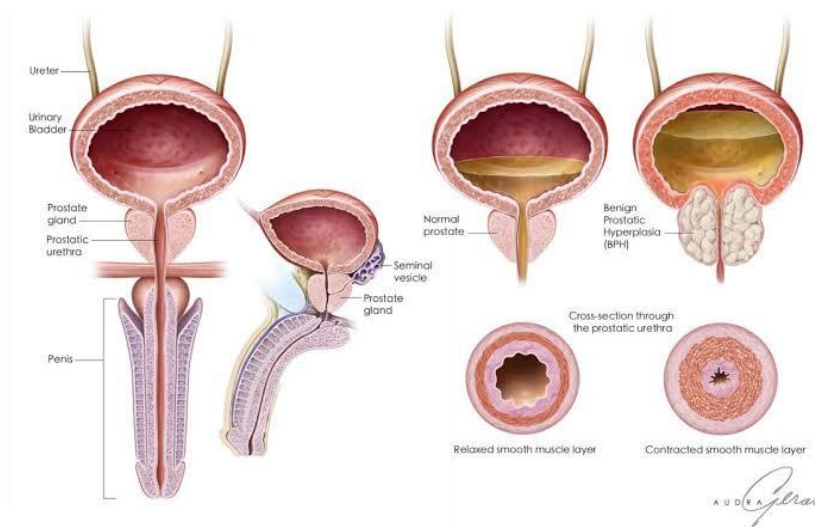
2.1.1.4 Patofisiologi

Sejalan dengan bertambahnya umur, kelenjar prostat akan mengalami hiperplasia, jika prostat membesar akan meluas ke atas (kandung kemih), sehingga pada bagian dalam akan mempersempit saluran uretra prostatica dan menyumbat aliran urine. Keadaan ini dapat meningkatkan tekanan intravesikal. Sebagai kompensasi terhadap tahanan uretra prostatika, maka otot detrusor dan kandung kemih berkontraksi lebih kuat untuk dapat memompa urine keluar.

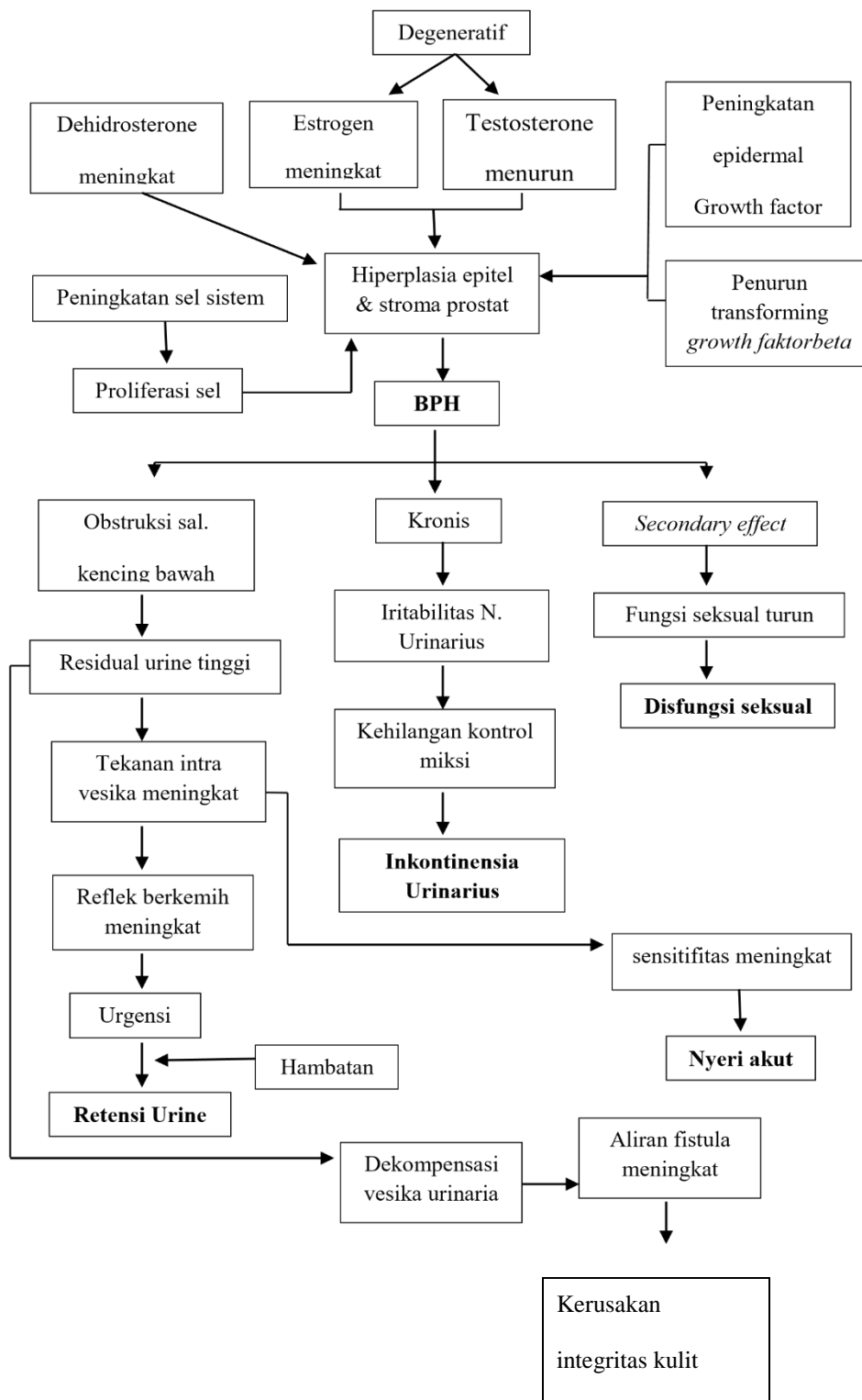
Kontraksi yang terus menerus menyebabkan perubahan anatomi dari kandung kemih berupa : Hipertropi otot detrusor, trabekulasi, terbentuknya selula, sekula dan divertikel kandung kemih. Tekanan intra vesikal yang tinggi diteruskan ke seluruh bagian buli-buli tidak terkecuali pada kedua muara ureter. Tekanan pada kedua muara ureter ini dapat menimbulkan aliran balik urine dari bulibuli ke ureter atau terjadi refluks vesiko ureter. Keadaan ini jika terus berlangsung akan menyebabkan hidroureter, hidronefrosis, bahkan akhirnya gagal ginjal (Muttaqin & Sari 2014) .

Gambar 2.1.

Prostat normal dan BPH



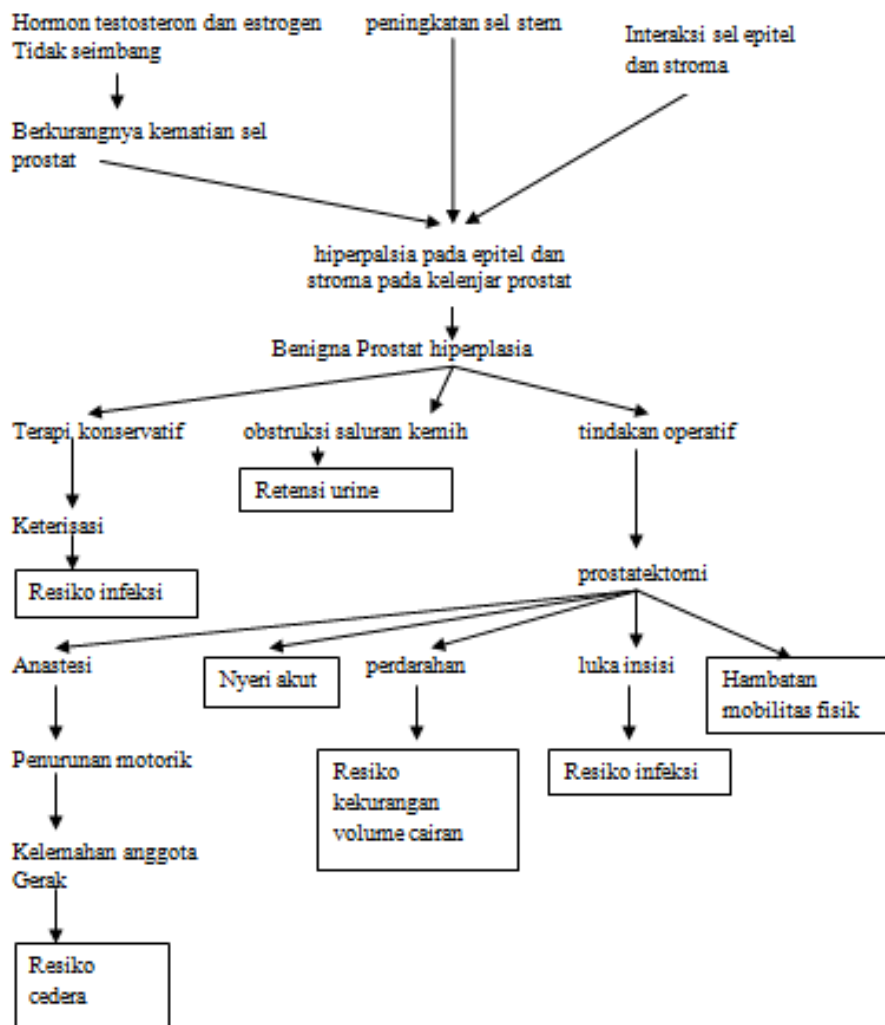
Bagan 2.1 Pathway



(Sumber : Prabowo & Pranata 2014)

Bagan 2.2

Pathway Post Op BPH



Sumber : (Pumomo, 2008) (Mutaqin, 2011) (Samsuhidrajat, 2010)

2.1.1.5 Klasifikasi *Benigna Prostat Hyperplasia*

Benigna Prostat Hyperplasia terbagi dalam 4 derajat sesuai dengan gangguan klinisnya:

- a. Derajat satu, keluhan protatisme ditemukan penonjolan prostat 1-2 cm, sisa urine kurang 50 cc, pancaran lemah, berat \pm 20 grama.
- b. Derajat dua, keluhan miksi terasa panas, sakit, dysuria, nueturia bertambah berat, panas badan tinggi (menggigil), nyeri daerah pinggang, prostat lebih menonjol, batas atas masih teraba, sisa urine 50-100 cc dan beratnya \pm 20-40 gram.
- c. Derajat tiga, gangguan lebih berat dari derajat dua, batas sudah tak teraba, sisa urine lebih 100 cc, penonjolan prostat 2-3 cm, dan beratnya \pm 40 gram.
- d. Derajat empat, inkontinensia, prostat lebih menonjol dari 4 cm, ada penyulit ke ginjal seperti gagal ginjal, hydroneprosis (Suggeng Jitowiyono dkk, 2012).

2.1.1.6 Manifestasi Klinis

Gambaran klinis dari BPH sebenarnya sekunder dari dampak obstruksi saluran kencing, sehingga klien kesulitan untuk miksi. Berikut ini adalah beberapa gambaran klinis pada klien BPH (Prabowo & Pranata 2014) :

- a. Gejala prostatismus (nokturia, urgency, penurunan daya aliran urine)

Kondisi ini dikarenakan oleh kemampuan vesika urinaria yang gagal mengeluarkan urine secara spontan dan reguler, sehingga volume urine sebagian besar tertinggal dalam vesika.

- b. Retensi urine

Pada awal obstruksi, biasanya pancaran urine lemah, terjadi hesistansi, intermitensi, urine menetes, dorongan mengejan yang kuat saat miksi,

dan retensi urine. Retensi urine sering dialami klien dengan BPH kronis.

c. Pembesaran prostat

Hal ini diketahui melalui pemeriksaan rektal toucher (RT) anterior. Biasanya didapatkan gambaran pembesaran prostat dengan konsistensi jinak.

d. Inkontinensia

Inkontinensia menunjukkan bahwa *m. detrusor* gagal dalam melakukan kontraksi dekomposisi yang berlangsung lama akan mengiritabilitas serabut syaraf urinarius, sehingga kontrol miksi hilang.

2.1.1.7 Pemeriksaan klinis *Benigna Prostat Hyperplasia*

Pemeriksaan klinis dilakukan untuk mengetahui apakah pembesaran prostat ini bersifat benigna atau maligna dan untuk memastikan tidak adanya penyakit penyerta lainnya. Berikut pemeriksaannya (Prabowo & Pranata 2014) :

a. Urinalisis dan kultur urine

Pemeriksaan ini untuk menganalisa ada tidaknya infeksi dan *RBC (Red Blood Cell)* dalam urine yang memanifestasikan adanya perdarahan/hematuria.

b. *DPL (Deep Peritoneal Lavage)*

Pemeriksaan pendukung ini untuk melihat ada tidaknya perdarahan internal dalam abdomen. Sampel yang diambil adalah cairan abdomen dan diperiksa jumlah sel darah merahnya.

c. Ureum, Elektrolit dan Serum Kreatinin

Pemeriksaan ini untuk menentukan status fungsi ginjal. Hal ini sebagai data pendukung untuk mengetahui penyakit komplikasi dari BPH.

d. PA (Patologi Anatomi)

Sampel jaringan akan dilakukan pemeriksaan mikroskopis untuk mengetahui apakah hanya bersifat benigna atau maligna.

e. Catatan harian berkemih

Setiap hari perlu dilakukan evaluasi output urine, sehingga akan terlihat bagaimana siklus rutinitas miksi dari pasien. Data ini menjadi bekal untuk membandingkan dengan pola eliminasi urine yang normal.

f. Uroflowmetri

Dengan menggunakan alat pengukur, maka akan terukur pancaran urine. Pada obstruksi dini seringkali pancaran melemah bahkan meningkat. Hal ini disebabkan obstruksi dari kelenjar prostat pada traktus urinarius.

g. USG Ginjal dan Vesika Urinaria

USG Ginjal bertujuan untuk melihat adanya komplikasi penyerta dari BPH, misalnya Hidronephrosis. Sedangkan USG pada Vesika Urinaria akan memperlihatkan gambaran pembesaran kelenjar prostat.

2.1.1.8 Komplikasi Benigna Prostat Hyperplasia

Menurut Nursalam & Fransisca (2009) terdapat tiga komplikasi yang ditimbulkan dari Benigna Prostat Hyperplasia yaitu :

- a. Retensi urine akut dan involusi kontraksi kandung kemih.
- b. Refluks kandung kemih, hidroureter, dan hidronefrosis.

- c. Gross hematuria dan urinary tract infection (UTI).

2.1.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien *Benigna Prostat Hyperplasia* terdiri dari penatalaksanaan medis dan penatalaksanaan diit :

- a. Penatalaksanaan medis

- (1) Terapi medikamentosa

Pemberian obat golongan reseptor alfa-adrenergik inhibitor mampu merelaksasikan otot polos prostat dan saluran kemih akan lebih terbuka. Obat golongan 5 alfa-reduktase inhibitor mampu menurunkan kadar dehidrotestosteron intraprostat, sehingga dengan turunnya kadar testosteron dalam plasma maka prostat akan mengecil (Prabowo & Pranata 2014).

- (2) Pembedahan

- a) TUR-P (*Transurethral Resection Prostatectomy*)

Pemotongan secara elektrik prostat melalui meatus uretralis. Jaringan prostat yang membesar dan menghalangi jalannya urine akan dibuang melalui irigasi dilator (Prabowo & Pranata 2014).

- b) *Prostatectomy*

- (1) Definisi

Prostatectomy adalah suatu tindakan pembedahan yang dilakukan jika prostat terlalu besar diikuti oleh penyakit penyerta lainnya, dan adanya adenoma yang besar (Prabowo & Pranata 2014).

- (2) Jenis-jenis *Prostatectomy*

- (a) Open Prostatektomi

Merupakan pendekatan bedah yang mengangkat jaringan hiperplasia prostat dengan melakukan insisi sayatan perut bagian bawah melalui dinding anterior abdomen dan kandung kemih.

(b) Prostatectomy retropubis

Pendekatan bedah mengangkat jaringan prostat hiperplasia dengan melakukan insisi sayatan perut bagian bawah tanpa masuk ke dalam kandung kemih.

(c) Prostatectomy perineal

Pendekatan bedah mengangkat jaringan prostat hiperplasia dengan melakukan insisi diantara anus dan skrotum.

(3) Indikasi

Indikasi prostatectomy menurut (Nugraha et al. 2016) :

(a) Indikasi prostatectomy terbuka sederhana

- a] Retensi urine akut
- b] Infeksi saluran kemih persisten atau berulang
- c] Perdarahan yang signifikan atau hematuria berulang
- d] Adanya batu didalam kandung kemih sekunder untuk obstruksi kandung kemih
- e] Gejala yang signifikan dari obstruksi kandung kemih yang tidak responsif terhadap terapi medis atau invasif minimal
- f] Insufisiensi ginjal sekunder untuk obstruksi kandung kemih kronis

(b) Indikasi prostatectomy Radikal

- a] Tumor terbatas pada kelenjar prostat
- b] Tidak ada daerah metastasis kelenjar getah bening (tahap N0)

c] Tidak ada metastasis jauh (tahap M0)

d] Di bawah usia 75 tahun

(4) Komplikasi

Komplikasi yang paling umum terjadi pada prostatectomy adalah impotensi dan inkontinensia urine. Prostatectomy juga dapat mengganggu fungsi ereksi dengan mengubah aliran darah ke penis. Terjadinya impotensi setelah operasi prostat ditentukan juga oleh usia pasien dan potensi seksual sebelum prostatectomy (Nugraha et al 2016).

(5) Perawatan

Perawatan post open Prostatectomy menurut Jitowiyono (2012) yaitu :

- a. Resiko post Op bleeding pada 24 jam pertama oleh karena bladder spasme atau pergerakan
- b. Monitor output urine tiap dua jam dan tanda vital tiap 4 jam
- c. Retropubic prostatectomy Observasi : drainage purulent, demam, nyeri meningkat.
- d. Suprapubic prostatectomy
 - 1) Perlu continuous bladder irrigation via suprapubic; klien diinstruksikan tetap tidur sampai Continuous Bladder Irrigation dihentikan.
 - 2) Kateter uretra diangkat hari 3-4 post op.
 - 3) Setelah kateter diangkat, kateter suprapubic di clamp dan klien disuruh miksi dan dicek residual urine, jika residual urine ± 75 ml, kateter diangkat.

2.2 Konsep Dasar Nyeri

2.2.1 Definisi

Nyeri didefinisikan sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan ekstensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya. Nyeri terjadi bersama proses penyakit, pemeriksaan diagnostik dan proses pengobatan. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan banyak orang (Andarmoyo, 2013).

2.2.2 Klasifikasi Nyeri

2.2.2.1 Nyeri Akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang timbul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa. (Andarmoyo, 2013).

2.2.2.2 Nyeri Kronis

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung diluar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik. (Andarmoyo, 2013).

2.2.3 Pengukuran derajat nyeri

Menurut Tantri (2009) beberapa skala dapat digunakan untuk mengukur derajat nyeri ataupun derajat perbaikan nyeri setelah intervensi. Skala pengukuran nyeri dapat digunakan untuk membandingkan efikasi beberapa terapi nyeri, pengukuran nyeri dapat dilakukan dengan skala sebagai berikut :

2.2.3.1 Skala deskripsi verbal (SDV)

Skala deskripsi verbal adalah skala yang paling sering digunakan (dengan menggunakan kategori : tidak nyeri sama sekali, nyeri ringan, nyeri sedang, nyeri berat).

2.2.3.2 Numerical Rating Scale (NRS)

NRS terdiri atas dua bentuk, verbal dan tertulis. Pasien mengukur intensitas nyeri yang dirasakannya dalam skala 0-10 dimana 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan 10 menunjukkan nyeri terburuk.

Keterangan:

0 : tidak nyeri

1-3 : nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.

4-6 : nyeri sedang: secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-9 : nyeri berat: secara obyektif terkadang klien tidak dapat mengikuti perintah, tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi.

10 nyeri sangat berat : pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

2.2.3.3 Skala analog visual (SAV)

SAV adalah skala yang paling sering digunakan untuk mengukur intensitas nyeri, dengan kata “tidak nyeri” di ujung kiri dan “sangat nyeri” di ujung kanan.

2.2.4 Efek respon nyeri

2.2.4.1 Perubahan fisiologis

Perubahan fisiologis yang disebabkan oleh nyeri dan cedera merupakan akibat aktivasi sistem saraf pusat dan perifer (Marsaban et al 2009).

2.2.4.2 Perubahan psikologi

Setiap individu memiliki respons yang berbeda terhadap stimulus akut, dan berbahaya, termasuk dalam nyeri pasca bedah. Variasi ini berasal dari perbedaan pengalaman, makna nyeri, kecemasan, dan kemampuan kontrol terhadap suatu kejadian (Marsaban et al 2009).

2.2.5 Penanganan Nyeri

2.2.5.1 Management Nyeri Farmakologi

Management nyeri farmakologi menggunakan obat analgetik. Pemberian obat analgetik yang diberikan guna untuk mengganggu atau memblok transmisi stimulus agar terjadi perubahan persepsi dengan cara mengurangi kortikal terhadap nyeri (Andarmoyo, 2013).

2.2.5.2 Management Nyeri Non Farmakologi

Management Nyeri Non-Farmakologi untuk mengurangi nyeri salah satunya adalah teknik Guided

Imagery. Guided Imagery merupakan sebuah proses menggunakan kekuatan pikiran dengan mengarahkan tubuh untuk menyembuhkan diri, memelihara kesehatan melalui komunikasi dalam tubuh melibatkan semua indra (visual, sentuhan, penciuman, pengelihat, pendengaran) sehingga terbentuklah keseimbangan antara pikiran, tubuh, dan jiwa (Andarmoyo, 2013).

a. Relaksasi Progresif

1) Definisi

Teknik relaksasi otot progresif memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot dengan mengidentifikasi otot yang tegang kemudian menurunkan ketegangan dengan melakukan teknik relaksasi untuk mendapatkan perasaan relaks (Aprina dkk, 2017).

2) Proses penurunan nyeri

Penurunan skala nyeri setelah dilakukan terapi relaksasi progresif dikarenakan Latihan relaksasi progresif meliputi kombinasi latihan pernafasan yang terkontrol dan rangkaian kontraksi serta relaksasi kelompok otot. Klien mulai latihan bernafas dengan perlahan dan menggunakan diafragma, sehingga memungkinkan abdomen terangkat perlahan dan dada mengembang penuh. Saat klien melakukan pola pernapasan yang teratur, perawat mengarahkan klien untuk melokalisasi setiap daerah yang mengalami ketegangan otot, berfikir bagaimana rasanya, menegangkan otot sepenuhnya, dan kemudian merelaksasikan otototot tersebut. Kegiatan ini menciptakan sensasi melepaskan ketidaknyamanan dan stres (Aprina dkk, 2017).

b. Prosedur relaksasi progresif

- 1) Meminta pasien untuk memejamkan mata dengan lembut dan perlahan-lahan.
- 2) Meminta pasien untuk menarik napas dalam dan menghembuskan napas dengan panjang.
- 3) Meminta kepada pasien untuk : menarik napas dalam
 - a. Kepala : kerutkan dahi, kedip-kedipkan mata, dan bibir dimonyongkan atau tarik ke belakang. Rasakan ketegangan pada bagian tersebut, tahan selama 5 detik, hembuskan napas perlahan dan kendurkan secara perlahan, katakan dalam hati “relaks dan pergi”.
 - b) Leher : tekan kepala ke belakang, anggukan kepala ke arah dada, putar kepala ke bahu kanan, putar kepala ke bahu kiri. Rasakan ketegangan pada bagian tersebut, tahan selama 5 detik, hembuskan napas perlahan dan kendurkan secara perlahan, katakan dalam hati “relaks dan pergi”
 - c) Bahu : angkat bahu kanan seolah-olah ingin menyentuh telinga, angkat bahu kiri seolah-olah ingin menyentuh telinga, angkat kedua bahu seolah-olah menyentuh telinga.
 - d) Bahu dan lengan : tahan lengan dan mengepal, kemudian kepalkan tangan bengkokkan lengan, pada siku, kencangkan lengan sambil tetap mengepalkan tangan, tahan 5 detik, hembuskan napas perlahan sambil mengendurkan dan katakn dalam hati “relaks dan pergi”.
 - e) Dada : tarik napas dalam dan kencangkan otot-otot dada dan tahan 5 detik, hembuskan napas secara perlahan sambil katakan dalam hati “relaks dan pergi”.

- f)Punggung : lengkungkan punggung ke belakang sambil menarik napas dalam dan tekan lambung keluar, tahan 5 detik, hembuskan napas secara perlahan sambil katakan dalam hati “relaks dan pergi”.
- g) Perut : kencangkan perut, tekan keluar dan tarik ke dalam, tahan 5 detik, hembuskan napas secara perlahan sambil katakan dalam hati “relaks dan pergi”.
- h) Paha dan kaki : kencangkan paha, tekan tumit ke lantai, kencangkan otot kaki di bawah lutut, tekuk jari kaki ke bawah seolah-olah menyentuh telapak kaki, angkat jari kaki ke atas seolah-olah menyentuh lutut, tahan 5 detik, hembuskan napas secara perlahan sambil katakan dalam hati “relaks dan pergi” (Aprina dkk, 2017).

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Post Open Prostatektomi

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dan dasar dalam proses keperawatan secara menyeluruh (Jitowiyono 2012). Pokok utama pengkajian, meliputi :

2.3.1.1 Pengumpulan Data

a. Identitas Klien

Terdiri dari : nama, umur, jenis kelamin, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, status marital, tanggal masuk Rumah Sakit, tanggal operasi, tanggal pengkajian, No. Medrek, diagnosa medis dan alamat.

b. Identitas Penanggung Jawab

Terdiri dari : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan keluarga dengan klien, alamat.

2.3.1.2 Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Keluhan utama yang mungkin dirasakan setelah operasi prostatectomy diantaranya nyeri pada luka operasi (Brunner & Suddarth 2013).

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat merupakan penuntun pengkajian fisik yang berkaitan informasi tentang keadaan fisiologis, psikologis, budaya dan psikososial untuk membantu pasien dalam mengutarakan masalah– masalah atau keluhan secara lengkap, maka perawat dianjurkan menggunakan analisa symptom PQRST.

a) Provokatif dan paliatif

Yaitu segala sesuatu yang memperberat dan memperingan keluhan. Biasanya pada klien pasca open prostatektomi mengeluh nyeri (Doenges 2014).

b) Kualitatif atau Kuantitatif

Bagaimana gejala dirasakan, apakah menyebar. Biasanya pada klien pasca open prostatektomi mengeluh nyeri yang dirasakan sangat berat (Doenges 2014).

c) Region atau Area Radiasi

Dimana gejala dirasakan apakah menyebar. Biasanya pada klien pasca open prostatektomi mengeluh nyeri yang dirasakan lokal atau pun menyeluruh (Doenges 2014).

d) Severity atau Skala

Seberapa tingkat keparahan rasa nyeri yang dirasakan klien. Pada skala berapa, skala nyeri 0-10.

e) Timing

Yaitu menunjukkan waktu terjadinya dan frekuensinya kejadian keluhan. Biasanya pada klien pasca open prostatektomi mengeluh nyeri yang dirasakan ketika bergerak dan ditekan pada daerah luka (Doenges 2014).

2.2.3.4 Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat penyakit dahulu diisi dengan riwayat penyakit klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat dipengaruhi atau mempengaruhi penyakit yang diderita klien saat ini. Bila klien pernah menjalani operasi, perlu dikaji tentang waktu operasi, jenis operasi, jenis anestesi, dan kesimpulan akhir setelah operasi (Nikmatur 2012).

2.2.3.5 Riwayat Kesehatan Keluarga

Mengkaji penyakit yang ada dalam keluarga apakah ada yang menderita penyakit serupa dengan klien dan penyakit menular lain serta penyakit keturunan. Secara patologi BPH tidak diturunkan (Nikmatur 2012).

2.2.3.6 Data Biologis

a. Pola nutrisi

Dikaji tentang frekuensi makan, porsi makan, riwayat alergi terhadap suatu jenis makanan tertentu dan jenis minuman, jumlah minuman, adakah pantangan.

b. Pola eliminasi

1) Buang Air Besar (BAB)

Kaji Frekuensi BAB, warna, bau, konsistensi feses dan keluhan klien yang berkaitan dengan BAB (Doenges 2014).

2) Buang Air Kecil (BAK)

Biasanya klien post operasi 1-5 hari dipasang kateter dan irigasi kandung kemih kontinyu (spooling) (Brunner & Suddarth 2013).

3) Pola istirahat tidur

Waktu tidur, lamanya tidur setiap hari, apakah ada kesulitan dalam tidur. Pada klien post operasi BPH terjadi nyeri dan hal ini mungkin akan mengganggu istirahat tidur klien.

4) Pola personal hygiene

Dikaji mengenai frekuensi dan kebiasaan mandi, mencuci rambut, gosok gigi dan memotong kuku. Pada klien BPH post operasi kemungkinan dalam perawatan dirinya tersebut memerlukan bantuan baik sebagian maupun total.

5) Pola aktivitas

Kaji kegiatan dalam beraktivitas yang dilakukan dilingkungan keluarga dan masyarakat : mandiri / tergantung.

2.2.3.7 Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dalam keperawatan dipergunakan untuk memperoleh data objektif dari riwayat keperawatan klien, dalam pemeriksaan fisik dapat menentukan status kesehatan klien dan mengambil data dasar untuk menentukan rencana keperawatan.

a. Sistem Pernapasan

Pada klien BPH post operasi dapat terjadi peningkatan frekuensi napas akibat nyeri yang dirasakan klien (Brunner & Suddarth 2013).

b. Sistem Kardiovaskuler

Pada klien BPH dengan post operasi dapat terjadi penurunan tekanan darah, peningkatan frekuensi nadi, anemis, dan pucat jika klien mengalami syok (Brunner & Suddarth 2013).

c. Sistem Pencernaan

Pada klien BPH pada post operasi dapat terjadi mual karena efek anestesi sehingga timbul anoreksia (Brunner & Suddarth 2013).

d. Sistem Perkemihan

Biasanya klien post operasi 1-5 hari dipasang kateter dan irigasi kandung kemih kontinyu (spooling) (Brunner & Suddarth 2013).

e. Sistem Endokrin

Pada klien BPH terjadi penurunan jumlah hormone testosteron (Brunner & Suddarth 2013).

f. Sistem Persarafan

Pada klien BPH post operasi terdapat rangsangan nyeri akibat luka insisi. Tingkat kesadaran pada klien BPH compos mentis (Brunner & Suddarth 2013).

g. Sistem Integumen

Pada klien BPH dengan post operasi terdapat luka insisi jika dilakukan prostatektomi terbuka (Brunner & Suddarth 2013).

h. Sistem Muskuloskeletal

Pada klien BPH dengan post operasi terjadi keterbatasan pergerakan dan immobilisasi akibat nyeri yang dirasakan oleh klien (Brunner & Suddarth 2013).

i. Sistem Reproduksi

Pada klien BPH dengan post operasi dapat terjadi disfungsi seksual bahkan sampai terjadi impotensi. Pada saat ejakulasi cairan sperma dapat bercampur dengan urine sehingga dapat terjadi infeksi tetapi hal ini tidak mengganggu fungsi seksual (Brunner & Suddarth 2013).

2.2.3.8 Data psikologis

a. Status emosional

Dikaji tentang emosi klien. Pada klien BPH dengan post operasi, biasanya terjadi ansietas sehubungan dengan prosedur pembedahan.

b. Konsep diri

1) Citra tubuh

Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan tentang ukuran dan bentuk serta penampilan.

2) Identitas diri

Kesadaran tentang diri sendiri yang dapat diperoleh individu dari observasi dan penilaian terhadap dirinya.

3) Peran diri

Serangkaian sikap perilaku, nilai dan tujuan yang dihubungkan dengan fungsi individu didalam kelompok sosialnya.

4) Ideal diri

Persepsi individu tentang bagaimana ia seharusnya bertingkah laku berdasarkan standar pribadi.

5) Harga diri

Penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisis seberapa banyak kesesuaian tingkah laku dengan dirinya.

2.2.3.9 Mekanisme koping

Perilaku yang mewakili upaya untuk melindungi diri sendiri dari pengalaman yang menakutkan berhubungan dengan respon neurobiologik.

Mekanisme koping terdiri dari :

- a. Regresi berhubungan dengan masalah proses informasi dan upaya untuk menganggulangi ansietas dan upaya untuk menanggulangi ansietas.
- b. Proyeksi sebagai upaya untuk menjelaskan kerancuan persepsi
- c. Menarik diri

2.2.3.10 Data sosial dan budaya

Pengkajian ini menyangkut pada pola komunikasi, gaya hidup, hubungan sosial, faktor sosiokultural.

2.2.3.11 Data spiritual

Menyangkut agama yang dianut klien, kegiatan agama dan kepercayaan yang dilakukan klien selama ini apakah ada gangguan aktivitas beribadah selama sakit. Dan juga bagaimana sikap klien terhadap petugas kesehatan dan keyakinan klien terhadap penyakit yang dideritanya.

2.2.3.12 Data penunjang

Data penunjang meliputi farmakoterapi dan prosedur diagnostik medik seperti pemeriksaan darah, urine, radiologi, dan USG.

2.2.3.13 Analisa Data

Analisa data adalah pengelompokan data-data klien atau keadaan tertentu mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya (Nikmatur & Walid 2009).

2.2.4 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penyatuan dari masalah pasien yang nyata maupun potensial berdasarkan data yang telah dikumpulkan (Jitowiyono 2012). Menurut Doenges (2014), diagnosa keperawatan yang mungkin muncul post operasi prostatectomy adalah :

- a. Nyeri sehubungan dengan prosedur bedah
- b. Perubahan eliminasi urine : retensi urine, hematuri sehubungan dengan obstruksi mekanik ; bekuan darah, edema dan trauma.
- c. Resiko infeksi sehubungan dengan luka operasi, kateter dan irigasi kandung kemih.
- d. Resiko tinggi kekurangan volume cairan dan elektrolit sehubungan dengan pendarahan.
- e. Resiko tinggi disfungsi seksual sehubungan dengan inkontinensia, kebocoran urine setelah pengangkatan kateter.

- f. Kurang pengetahuan tentang perawatan post operasi sehubungan dengan kurang informasi.

2.2.5 Intervensi

Intervensi adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk menanggulangi masalah sesuai dengan diagnosa keperawatan (Jitowiyono 2012). Berdasarkan Doenges (2012) diagnosa keperawatan yang telah disebutkan diatas maka dapat ditetapkan tujuan, kriteria, intervensi dan rasional sebagai berikut :

a. Intervensi Post Operasi pada Klien BPH

1) Nyeri akut sehubungan dengan prosedur bedah

Tujuan : Rasa nyaman terpenuhi

Kriteria : Melaporkan nyeri hilang/terkontrol, ekspresi wajah klien rileks, klien mengatakan rasa nyeri berkurang, tidur/istirahat dengan tepat.

Tabel 2.1
Nyeri akut berhubungan dengan prosedur pembedahan

| Intervensi | Rasional |
|--|---|
| Mandiri | |
| 1. Kaji nyeri, perhatikan lokasi intensitas (skala 0-10) | 1. Nyeri tajam , intensitas dengan dorongan berkemih/pasase urine sekitar kateter menunjukkan spasme kandung kemih yang cenderung lebih berat pada pendekatan suprapubik (biasnya menurun setelah 48 jam) |
| 2. Pertahankan posisi kateter dan sistem drainase. Pertahankan selang bebas dari lekukan dan bekuan. | 2. Mempertahankan fungsi kateter dan drainase sistem, menurunkan resiko distensi atau spasme kandung kemih. |
| 3. Berikan pasien informasi akurat tentang kateter, drainase dan spasme kandung kemih. | 3. Menghilangkan ansietas dan meningkatkan kerjasama dengan prosedur tertentu |
| 4. Berikan tindakan kenyamanan (sentuhan terapeutik, perubahan posisi, pijatan punggung dan aktivitas terapeutik. Dorong penggunaan teknik relaksasi termasuk latihan nafas dalam visualisasi dan pedoman imajinasi. | 4. Menurunkan tegangan otot, memfokuskan kembali perhatian, dan dapat meningkatkan kemampuan koping. |
| 5. Berikan rendam duduk dan lampu penghangat bila diindikasikan. | 5. Meningkatkan perfusi jaringan dan perbaikan edema dan meningkatkan penyembuhan (pendekatan perineal). |

| | |
|---|---|
| Kolaborasi Berikan antipasmodik, contoh : oksibutinin klorida (Ditropan) : B&O. Suppositoria : Proatelin Bromida (Pro-Bantanin) | Merelaksasi otot polos, untuk memberikan penurunan spasme nyeri, menghilangkan spasme kandung kemih oleh kerja anti kolonergik. Biasanya dihentikan 24-48 jam sebelum perkiraan pengangkatan kateter untuk meningkatkan kontrol kontraksi kandung kemih |
|---|---|

2) Perubahan eliminasi urine : retensi urine, hematuri sehubungan dengan obstruksi mekanik ; bekuan darah, edema dan trauma.

Tujuan : Klien dapat BAK dengan tuntas, dan urine keluar secara komplit tanpa adanya retensi.

Kriteria : Tidak ada tanda dan gejala retensi urine, tidak ada hematuria, urine keluar dengan lancar melalui kateter.

Tabel 2.2
Perubahan eliminasi urine : retensi urine, hematuri sehubungan dengan obstruksi mekanik ; bekuan darah, edema dan trauma

| Intervensi | Rasional |
|--|---|
| 1. Kaji keluaran urine dan sistem kateter atau drainase khususnya selama irigasi kandung kemih | 1. Retensi dapat terjadi karena edema area bedah, bekuan darah dan spasme kandung kemih. |
| 2. Pasien memilih posisi normal untuk berkemih, contoh : berdiri, berjalan ke kamar mandi dengan frekuensi sering setelah kateter dilepas. | 2. Mendorong pasase urine dan meningkatkan rasa normalitas. |
| 3. Pertahankan waktu berkemih, dan aliran setelah kateter dilepas. Perhatikan keluhan rasa penuh kandung kemih : ketidakmampuan berkemih, urgensi. | 3. Kateter biasanya dilepas 2-5 hari setelah bedah tetapi berkemih dapat berlanjut menjadi masalah untuk beberapa waktu karena edema uretra dan kehilangan tonus. |
| 4. Dorong Pasien untuk berkemih bila terasa dorongan tetapi tidak lebih dari 2-4 jam perprotokol. | 4. Berkemih dengan dorongan mencegah retensi urine berkemih untuk tiap 4 jam (nilai toleransi) meningkatkan tonus kandung kemih dan membantu latihan ulang kandung kemih. |
| 5. Ukuran volume residu bila ada kateter Suprapubik | 5. Mengawasi keefektifan pengosongan kandung kemih. Residu lebih dari 50 ml Menunjukkan perlunya kontinuitas kateter sampai tonus kandung kemih membaik |
| 6. Dorongan pemasukan cairan 3000 ml sesuai toleransi. Batasi cairan pada malam setelah kateter dilepas | 6. Mempertahankan hidrasi adekuat dan perfusi ginjal untuk aliran urine. Penjadwalan masukan cairan menurunkan kebutuhan |

| | |
|--|---|
| 7. Intruksi Pasien untuk latihan parineal, contoh: mengencangkan, Menghentikan dan memulai aliran urine. | berkemih atau gangguan tidur selama malam hari. |
| 8. Anjurkan pasien bahwa penetasan diharapkan setelah kateter dilepas dan fungsi normal harus teratasi sesuai kemajuan. dapat kembali dalam 2-3 minggu, Kolaborasi Pertahankan irigasi kandung kemih kontinu (continuous bladder irrigation/CBI) sesuai indikasi pada periode paska operasi. | 7. Membantu meningkatkan control kandung kemih atau spingter atau urine meminimalkan inkontinensia. 8. Informasi membantu pasien untuk menerima masalah. terapi memerlukan sampai 8 bulan setelah pendekatan perineal. Mencuci kandung kemih dari bekuan darah dan debris untuk Mempertahankan patensi kateter atau aliran urine. |

3) Resiko tinggi infeksi sehubungan dengan luka operasi, kateter dan irigasi kandung kemih.

Tujuan : Tidak terjadi infeksi

Kriteria : Tidak ada tanda-tanda infeksi baik lokal maupun sistemik, luka operasi kering, mencapai waktu penyembuhan.

Tabel 2.3
Resiko tinggi infeksi sehubungan dengan luka operasi, kateter dan irigasi kandung kemih

| Intervensi | Rasional |
|---|--|
| Mandiri | |
| 1. Pertahankan sistem kateter steril, berikan perawatan kateter regular dengan sabun mandi dan air, berikan salep antibiotik di sekitar sisi kateter. | 1. Mencegah pemasukan bakteri dan infeksi atau sepsis lanjut. |
| 2. Ambulasi dengan kantung drainase dependen. | 2. Menghindari reflex urine, yang dapat memasukkan bakteri ke dalam kandung kemih. |
| 3. Awasi tanda vital, perhatikan demam ringan, menggigil, nadi dan pernafasan cepat, gelisah, peka, disorientasi. | 3. Pasien yang mengalami sistoskopi dan atau TURP beresiko untuk syok bedah atau septik sehubungan dengan manipulasi atau instrumental |
| 4. Observasi drainase dari luka sekitar kateter suprapubik. | 4. Ada drain, insisi suprapubik meningkatkan resiko untuk infeksi, yang diindikasikan dengan eriteme drainase purulent |
| 5. Ganti balutan dengan sering (insisi suora/retropubik dan perineal), pembersihan dan pengeringan kulit sepanjang waktu. | 5. Balutan basah menyebabkan kulit iritasi dan memberikan media untuk pertumbuhan bekteri, peningkatan resiko infeksi luka. |
| 6. Gunakan pelindung kulit tipe ostomi. | 6. Meberikan perlindungan untuk kulit sekitar, mencegah ekskroriasi dan menurunkan resiko infeksi. |
| Kolaborasi Berikan antibiotik sesuai indikasi | Mungkin memberikan secara profilaktik sehubungan dengan peningkatan resiko infeksi pada prostatektomi. |

4) Resiko kekurangan volume cairan dan elektrolit sehubungan dengan pendarahan.

Tujuan : Tidak terjadi kekurangan volume cairan dan elektrolit

Kriteria : Mempertahankan hidrasi adekuat yang dibuktikan oleh tanda vital stabil, nadi perifer teraba, membran mukosa lembab, pengisian kapiler baik, tidak ada perdarahan aktif dan haluaran urine tepat.

Tabel 2.4
Resiko kekurangan volume cairan dan elektrolit sehubungan dengan pendarahan

| Intervensi | Rasional |
|--|---|
| 1. Benamkan kateter, hindari manipulasi berlebihan. | 1. Gerakan penarikan kateter dapat menyebabkan perdarahan atau pembentukan bekuan dan pembenaman kateter pada distensi kandung kemih. |
| 2. Awasi pemasukan dan pengeluaran. | 2. Indikator keseimbangan cairan dan kebutuhan pergantian. Pada irigasi kandung kemih, awasi pentingnya perkiraan kehilangan darah dan sevara akurat mengkaji keluaran urine. |
| 3. Observasi drainase kateter, perhatikan perdarahan berlebihan dan berlanjut. | 3. Perdarahan tidak umum terjadi selama 24 jam pertama tetapi perlu pendekatan perineal. Perdarahan kontinu/berat atau berulangnya Perdarahan aktif memerlukan intervensi/evaluasi medis. |
| 4. Evaluasi warna, kontensitas urine, contoh : - Merah terang dengan bekuan merah. - Peningkatan viskositas, warna keruh gelap dengan bekuan gelap - Perdarahan dengan takada bekuan. | 4. Menandakan bahwa : - Biasanya mengindikasikan perdarahan arterial dan memerlukan terapi cepat. - Menunjukkan perdarahan dari vena (perdarahan dari vena (perdarahan yang paling umum) biasanya berkurang sendiri. -Dapat mengindikasikan diskrasia darah atau masalah pembekuan sistemik. |
| 5. Inpeksi balutan atau luka darah. Timbang balutan bila diindikasikan. Perhatikan pembentukan hematoma. | 5. Perdarahan dapat dibuktikan atau disingkirkan dalam jaringan perineum. |
| 6. Awasi tanda vital, perhatikan peningkatan nadi, pernafasan, penurunan TD, diaphoresis, pucat, perlambatan pengisian kapiler, dan membran mukosa kering. | 6. Dehidrasi/ hypovolemia memerlukan intervensi cepat untuk mencegah berlanjutnya ke syok, hipertensi, bradikardi, mual/muntah menunjukkan "syndrome TURP" |
| 7. Selidiki kegelisahan, kacau mental, perubahan perilaku. | 7. Dapat menunjukkan penurunan perfusi serebral (hypovolemia) atau indikasi edema serebral karena kelebihan cairan selama prosedur TURP. |
| 8. Dorong pemasukan cairan 3000 ml/hari kecuali kontraindikasi | 8. Membilas ginjal/ kandung kemih dari bakteri dan debris tetapi dapat mengakibatkan intiksikasi cairan/kelebihan cairan bila tidak diawasi dengan ketat. |

- | | |
|--|---|
| 9. Hidrasi pengukuran suhu rektal dan menggunakan scalang rektal/enema | 9. Dapat mengakibatkan penyebaran iritasi terhadap dasar prostat dan peningkatan tekanan kapsul prostat dengan resiko perdarahan. |
|--|---|

Kolaborasi

- | | |
|--|---|
| <p>1. Awasi pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi, contoh :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hb/Ht, jumlah sel darah merah. - Pemeriksaan koagulasi, jumlah trombosit. <p>2. Pertahankan traksi kateter menetap : plester kateter di bagian paha.</p> <p>3. Kendorkan traksi dalam 4-5 jam. Catat periode pemasangan dan pengendoran traksi.</p> <p>4. Berikan pelunak feses, laksatif sesuai indikasi.</p> | <p>1. Menunjukkan bahwa : Berguna dalam evaluasi kehilangan darah/kebutuhan pengganti.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dapat mengindikasikan terjadi komplikasi, contoh : penurunan faktor pembekuan darah. <p>2. Traksi terisi balon 30 ml diposisikan Pada fosa uretral prostat akan membuat tekanan pada aliran darah kapsul prostat untuk membantu mencegah/mengontrol perdarahan.</p> <p>3. Traksi lama dapat menyebabkan trauma/masalah permanen dalam mengontrol urine.</p> <p>4. Pencegahan konstipasi/ mengejan untuk defekasi menurunkan resiko perdarahan rektal-perineal.</p> |
|--|---|

5) Resiko disfungsi seksual sehubungan dengan inkontinensia, kebocoran urine setelah pengangkatan kateter.

Tujuan : Klien tidak mengalami cemas sehubungan dengan adanya resiko disfungsi seksual.

Kriteria : Menyatakan pemahaman situasi individu. menunjukkan keterampilan dalam pemecahan masalah.

Tabel 2.5
Resiko disfungsi seksual sehubungan dengan inkontinensia, kebocoran urine setelah pengangkatan kateter

| Intervensi | Rasional |
|---|--|
| 1. Berikan keterbukaan pada pasien dan orang terdekat untuk membicarakan masalah inkontinensia dan fungsi seksual | 1. Dapat mengalami ansietas tentang efek bedah, ansietas dapat mempengaruhi kemampuan untuk menerima informasi yang telah diberikan sebelumnya |

| | |
|--|---|
| 2. Berikan informasi akurat tentang harapan kembalinya fungsi seksual | 2. Impotensi fisiologis terjadi bila saraf perineal dipotong pada prosedur radikal pada pendekatan lain aktivitas seksual dapat dilakukan seperti biasa dalam 6-8 minggu. |
| 3. Diskusikan ejakulasi retrograd bila pendekatan transuretral atau suprapubis digunakan | 3. Cairan seminal mengalir kedalam kandung kemih dan disekresikan melalui urine |
| 4. Anjurkan klien latihan perineal dan interupsi atau kontinyu aliran urine | 4. Meningkatkan kontrol otot kontinensia urinaria dan fungsi seksual |

6) Kurang pengetahuan tentang perawatan post operasi sehubungan dengan kurang informasi.

Tujuan : Klien dan keluarga mengerti dan memahami perawatan post operasi.

Kriteria : Dapat melakukan dengan benar prosedur yang perlu dan menjelaskan alasan tindakan, berpartisipasi dalam program tindakan.

Tabel 2.6
Kurang pengetahuan tentang perawatan post operasi sehubungan dengan kurang informasi

| Intervensi | Rasional |
|---|---|
| 1. Anjurkan klien mengkonsumsi nutrisi yang baik dan meningkatkan diet tinggi serat | 1. Meningkatkan penyembuhan dan mencegah komplikasi dan menurunkan resiko pendarahan pasca operasi |
| 2. Disfungsikan pembatasan aktivitas awal, contoh ; menghindari mengangkat beban berat kemudian latihan keras, duduk atau mengendarai mobil terlalu lama, memanjat lebih dari 2 tingkat sekaligus | 2. Peningkatan tekanan abdominal dan meregangkan kandung kemih serta prostat menimbulkan pendarahan |
| 3. Anjurkan klien untuk tidak minum alkohol | 3. Alkohol dapat meningkatkan urinasi serta menyebabkan retensi urine |
| 4. Ajarkan klien tentang perawatan luka dengan teknik aseptik | 4. Meningkatkan pengetahuan dalam perawatan luka sehingga mencegah terjadinya infeksi |
| 5. Ajarkan klien minum obat sesuai dengan jadwal, dosis dan jenis obat | 5. Penggunaan obat yang benar dapat mempercepat penyembuhan |
| 6. Anjurkan klien untuk follow up sesuai instruksi dokter | 6. Follow up dapat berguna untuk deteksi dan mencegah adanya komplikasi. |

2.2.6 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Jitowiyono 2012). Pada tahap ini dilakukan pelaksanaan dari tindakan keperawatan yang telah ditetapkan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal.

2.2.7 Evaluasi

Evaluasi adalah stadium pada proses keperawatan dimana taraf keberhasilan dalam pencapaian tujuan keperawatan dinilai dan kebutuhan untuk memodifikasi tujuan atau intervensi keperawatan ditetapkan (Jitowiyono 2012).

Evaluasi dapat dibagi dua yaitu :

- a. Evaluasi proses atau formatif dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan.
- b. Evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditentukan. Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, sebagai pola pikir :
 - S : Respon subjektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
 - O : Respon objektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.
 - A : Analisa ulang atas data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih tetap atau muncul masalah baru atau ada data yang kontradiksi dengan masalah yang ada.
 - P : Perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien.