

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OP BPH DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK
DI RUANG BEDAH TOPAZ RSUD dr.SLAMET GARUT

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md.Kep) Pada Program Studi D III Keperawatan
Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik
STIKes Bhakti Kencana Bandung

Oleh

ARDHIA AYU REGITA SUPRAPTO PUTRI

AKX.15.011



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN KONSENTRASI
ANESTESI DAN GAWAT DARURAT MEDIK
STIKes BHAKTI KENCANA BANDUNG**

2018

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OP BPH DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK
DI RUANG BEDAH TOPAZ RSUD dr.SLAMET GARUT

ARDHIA AYU REGITA SUPRAPTO PUTRI
AKX.15.011

KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 23 APRIL 2018

Oleh

Pembimbing Ketua



Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep
NIP : 1011603

Pembimbing Pendamping



Zafiah Winta, Amk.An

Mengetahui
Prodi DIII Keperawatan
Ketua,



Tuti Suprapti, S.Kp., M.KEP
NIP :1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPEN BPH DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK
DI RUANG BEDAH TOPAZ RSUD dr. SLAMET GARUT

Oleh :

ARDHIA AYU REGITA SUPRAPTO PUTRI
AKX.15.011

Telah diuji

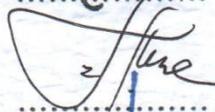
Pada tanggal, 25 April 2018

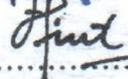
Panitia Penguji

Ketua : Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep

Anggota :

1. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners
2. Drs.Rachwan H., M.Kes
3. Zafiah Winta, Amk.An


.....

.....

.....

.....

Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,



Rd.Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep

NIP : 101070641



SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Ardhia Ayu Regita Suprpto Putri

NIM : AKX.15.011

Program Studi : Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan
Gawat Darurat Medik

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post BPH Dengan
Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang
Bedah Topaz RSUD dr.Slamet Garut

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar professional Ahli Madya (A.Md) di Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat,jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung, 23 April 2018

Yang Membuat Pernyataan



Ardhia Ayu Regita Suprpto Putri

ABSTRAK

Karya tulis ini dilatarbelakangi oleh banyaknya pasien BPH yang menjalani prostatectomy di ruang Topaz RSUD dr.Slamet Garut, pada periode Januari 2015 sampai Desember tahun 2017 berjumlah 275 kasus. Tujuan pembuatan karya tulis ini untuk memperoleh pengalaman dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op BPH dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Bedah Topaz RSUD dr.Slamet Garut. Metode penulisan yang digunakan adalah dengan pendekatan studi kasus. *Benigna Prostate Hyperplasia (BPH)* merupakan pembesaran kelenjar prostat secara progresif akibat dari meningkatnya jumlah sel di dalam prostat yang dapat menyebabkan terjepitnya uretra sehingga akan terjadi penyumbatan urine untuk keluar. Masalah yang muncul di lapangan yaitu ; Gangguan rasa nyaman nyeri akut, resiko tinggi infeksi, resiko perdarahan, Hambatan mobilitas fisik, resiko kekurangan nutrisi. Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat serta menyesuaikan dengan SOP yang berlaku di Ruang Bedah Topaz RSUD dr.Slamet Garut. Asuhan keperawatan dilakukan selama lima hari dengan latihan mobilisasi secara bertahap setiap harinya terhitung dari POD0-POD4. Hasil yang dapat dijadikan kesimpulan adalah masalah dapat teratasi keseluruhan dengan tujuan dan kriteria hasil tercapai sesuai dengan waktu yang ditentukan. Penulis merekomendasikan kepada Rumah Sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan dengan mampu menciptakan suasana yang kondusif selama 24jam serta melengkapi sarana dan prasarana di setiap ruangan, terutama set ganti balutan, agar kesterilan alat terjaga dan klien terhindar dari infeksi nosocomial sehingga pelayanan asuhan keperawatan dapat dilakukan secara maksimal.

Kata Kunci : *Benigna Prostate Hyperplasia (BPH)*
Terdiri Dari : V BAB, 115 halaman, 13 tabel, 2 gambar, 1 bagan
Daftar Pustaka : 11 buku teks, (2000-2014), 1 Karya Tulis (2016), 3 Jurnal (2011-2017), 3 website

ABSTRACT

This paper is motivated by the number of BPH patients who undergo prostatectomy in Room Topaz of dr.Slamet Garut General Hospital, on the period of January 2015 to December of 2017 amounted to 275 cases. The purpose of making this paper to gain experience in implementing Nursing Care On Client Post Op BPH with Nursing Problems Disorders of Physical Mobility in Room Topaz of dr.Slamet Garut General Hospital. Writing method used is with case study approach. Benign Prostate Hyperplasia (BPH) is a progressive enlargement of the prostate gland resulting from an increase in the number of cells in the prostate that can cause the urethral squeeze so that there will be blockage of the urine to come out. Problems that arise in the field are; acute pain relief, high risk of infection, risk of bleeding, impaired physical mobility, risk of nutritional deficiency. Implementation of nursing performed in accordance with the provisions that have been made and adjust the SOP applicable in Room Topaz of dr.Slamet Garut General Hospital. Nursing care performed for five days with gradual mobilization exercise each day calculated from POD0-POD4. The result that can be used is the problem can be solved as a whole with the purpose and in accordance with the right time. The authors recommend to the Hospital to improve the quality of service by being able to create a conducive atmosphere for 24 hours and complete facilities and infrastructure in every room, especially the dressing set, so that the stability of the device is maintained and the client is protected from nosocomial infection so that the nursing care service can be done optimally.

Keywords : *Benigna Prostate Hyperplasia (BPH)*
Consists Of : 5 CHAPTER, 115 pages, 13 tables, 2 pictures, 1 chart
Bibliography : 11 textbooks, (2000-2014), 1 Papers (2016), 3 Journals (2011-2017), 6 websites

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 OP *BPH* DENGAN MASALAH KEPERAWATAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK” 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 Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd.Siti Jundiah, S,Kep.,M.Kep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. H. Husi Husaeni, dr., SpAn., KIC., M.Kes. selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. H. Jajang Sujana Mail, dr., Sp.An. sebagai Ketua Pelaksana Harian Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik STIKes Bhakti Kencana Bandung.
5. Tuti Suprapti,S,Kp.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung serta selaku Pembimbing

Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

6. Zafiah Winta, Amk.An selaku pembimbing pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Staf dosen dan karyawan program studi DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.
8. H. Maskut Farid. dr., MM. selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
9. Triyani,S.kep selaku CI dan seluruh perawat Ruangan Topaz yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr.Slamet Garut
10. Kepada mereka yang saya cintai yaitu ayahanda Peltu (Purn) Suprpto, ibunda Tri Maryati,AMKL, kakak tersayang Lettu Arh Angga Guruh Suprpto Putra S.T.Han, adik tersayang Akbar Aji Pamungkas Suprpto Putra, serta seluruh keluarga yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan baik moril maupun materil yang dengan tulus selalu mendoakan keberhasilan dan kelancaran penulis.
11. Kepada kekasih tercinta Rhajiv Mochamad Prasetia,Amd.An yang selalu memberikan dukungan moril dan memotivasi penulis.

12. Kepada Aditya Wahyu, Apriatna Setiawan, M.Fadliansyah, M.Amien Nur yang tak pernah henti menyemangati dan tak pernah bosan menjadi pendengar setia penulis.
13. Kepada teman-teman seperjuangan Anestesi angkatan XI tahun 2015 yang berjuang bersama-sama dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah, khususnya Usi Aulia, Nisya Lutfi, Sekar Ayu, Izma Aulia, Eni Saeni, Masna Wahida (Kost Ibu Nani Garut). Kepada teman-teman ALAMAHOY Agung, Bayu, Amira, Heffy, Aziz, Asri, Arie, Badria. Kepada senior Ka Imam Fauzi, Ka Sucia dan adik tingkat Ainul Yaqin, Alvin, Yohannisa, April yang telah ikut berperan bagi penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
14. Kepada Ibu Nani dan Keluarga Besar selaku Ibu Kost Garut yang tak pernah lelah memberikan asupan nutrisi dan melayani selama penulis menyelesaikan praktek dan penulisan Karya Tulis Ilmiah.
15. Kepada semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu. Terimakasih atas segala dukungan baik moril maupun materi selama penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

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 ilmiah yang lebih baik.

Bandung, 25 April 2018

PENULIS

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Abstract	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Tabel	xii
Daftar Bagan	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Lambang, Singkatan dan Istilah.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
1. Tujuan Umum	6
2. Tujuan Khusus	6
D. Manfaat	7
1. Teoritis	7
2. Praktis	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Penyakit BPH	
1. Anatomi Prostat	9
2. Fisiologi	10
3. Definisi.....	11
4. Etiologi.....	12
5. Patofisiologi	13
6. Pathway.....	16
7. Manifestasi Klinik.....	17
8. Penatalaksanaan	20
9. Pemeriksaan Penunjang	23
10. Dampak	25
B. Konsep Dasar Luka	
1. Definisi.....	29
2. Klasifikasi Luka	29
3. Proses Penyembuhan Luka	33
C. Konsep Dasar Mobilisasi	
1. Definisi.....	36
2. Tujuan	37
3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Mobilisasi	38
4. Latihan Mobilisasi Pasca Pembedahan	41
D. Konsep Asuhan Keperawatan	

1. Pengkajian.....	43
2. Diagnosa Keperawatan	51
3. Intervensi dan Rasional Keperawatan.....	52
BAB III METODE PENULISAN KTI	
A. Desain.....	60
B. Batasan Istilah (Definisi Operasional)	61
C. Unit Analisis (Partisipan, minimal 2 Orang)	62
D. Lokasi dan Waktu	63
E. Pengumpulan Data	63
F. Uji Keabsahan Data.....	65
G. Analisa Data	65
H. Etik Penulisan KTI.....	67
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. HASIL	
1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	72
2. Data Asuhan Keperawatan.....	73
a. Pengkajian.....	73
b. Analisa Data.....	82
c. Diagnosis.....	84
d. Perencanaan	86
e. Pelaksanaan.....	90
f. Evaluasi.....	93
B. PEMBAHASAN	
1. Pengkajian.....	95
2. Diagnosa Keperawatan	98
3. Intervensi Keperawatan.....	100
4. Implementasi Keperawatan.....	102
5. Evaluasi Keperawatan.....	103
BAB V KESIMPULAN DAN SASARAN	
A. KESIMPULAN	104
B. SARAN	106

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

- Gambar 2.1 Anatomi Prostat
- Gambar 2.2 Prostat Normal dan Pembesaran Prostat
- Gambar 2.3 Komplikasi-komplikasi BPH

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 <i>International Prostatic Symptom Score</i>	18
Tabel 2.2 Intervensi dan Rasional Nyeri Akut.....	52
Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional Perubahan Eliminasi Urine	53
Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional Resiko Tinggi Infeksi	54
Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional Resiko Perdarahan.....	55
Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional Resiko Tinggi Disfungsi Seksual	57
Tabel 2.7 Intervensi dan Rasional Kurang Pengetahuan	58
Tabel 4.1 Tabel Pengkajian Identitas Klien	73
Tabel 4.2 Tabel Pengkajian Riwayat Penyakit Klien.....	73
Tabel 4.3 Tabel Perubahan Pola Aktivitas Sehari-hari	74
Tabel 4.4 Tabel Pemeriksaan Fisik Persistem	76
Tabel 4.5 Tabel Pengkajian Psikologi.....	79
Tabel 4.6 Tabel Hasil Pemeriksaan Diagnostik	81
Tabel 4.7 Tabel Program dan Rencana Pengobatan.....	82
Tabel 4.8 Tabel Tabel Analisa Data.....	82
Tabel 4.9 Tabel Diagnosa Keperawatan	84
Tabel 4.10 Tabel Perencanaan Keperawatan	86
Tabel 4.11 Tabel Implementasi Keperawatan.....	90
Tabel 4.12 Tabel Evaluasi Formatif.....	93

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 *Pathway Benigna Prostate Hyperplasia*

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I Lembar Bimbingan
- Lampiran II Lembar Persetujuan Justifikasi Kasus
- Lampiran III Jurnal Terkait
- Lampiran IV Surat Persetujuan Menjadi Responden

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: <i>Activity Daily Living</i>
ADP	: Adenosin difosfat
ATP	: Adenosina trifosfat
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BPH	: <i>Benigna Prostate Hyperplasia</i>
CVA	: Costovertebral Angle
DHT	: <i>Dihidrotestosteron</i>
DM	: Diabetes Melitus
Do	: Data Objektif
Ds	: Data Subjektif
E	: Eye
GCS	: Glasgow Coma Scale
Hb	: Hemoglobin
HCL	: Asam Hidroklorida
Ht	: Hematokrit
ISK	: Infeksi Saluran Kemih
IPSS	: <i>International Prostatic Symptom Score</i>
IV	: Intravena
IVP	: Intravena Pielografi
IWL	: Insensible Water Loss
KDM	: Kebutuhan Dasar Manusia
LUTS	: <i>Lower Urinary Tract Symptoms</i>
M	: Motorik
N	: Nadi
N.	: Nervous
PMS	: Penyakit Menular Seksual
POD	: Post Op Day
Post Op	: <i>Post Operative</i> (Post Operasi)

PSAD : *Prostate Specific Antigen Density*
RA : Reseptor Androgen
RNA: Ribonucleic Acid (Asam Ribonukleat)
RR : Respirasi Rate
S : Suhu
SOP : Standar Operasional Prosedur
TD : Tekanan Darah
TGF : *Tranforming Growth Factor*
THT : Telinga Hidung Tenggorokan
TKR : *Total Knee Replacement*
TKTP : Tinggi Kalori Tinggi Protein
TURP : Transurethral Resection Of Prostate
USG : Ultrasonography
V : Verbal

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menjadi tua merupakan proses yang alamiah dan tidak bisa dihindari oleh setiap manusia dan tidak seorang pun dapat menghentikannya. Proses menua terjadi setelah kita memasuki tahap usia dewasa akhir. Seseorang dikatakan menua ketika jaringan tubuhnya telah mengalami suatu penurunan kemampuan untuk meregenerasi dan mempertahankan kemampuan baik itu secara fungsional maupun secara system (Constantindes, 1994).

Seiring dengan proses penuaan yang terjadi maka akan terjadi perubahan jumlah beberapa hormon. Salah satunya menurunnya hormon testosterone dan meningkatnya hormon estrogen sehingga terjadinya ketidakseimbangan perbandingan hormone yang berakibat kelenjar di prostat mengalami hyperplasia jaringan (peningkatan jumlah sel) yang menyebabkan prostat mengalami hipertropi. Estrogen di dalam prostat berperan terhadap proliferasi sel-sel kelenjar prostat. Hal ini dapat memicu terjadinya pembesaran kelenjar prostat dengan cara meningkatkan sensitifitas sel-sel prostat terhadap rangsangan hormone (Padila, 2012).

Benigna Prostate Hyperplasia (BPH) merupakan pembesaran kelenjar prostat secara progresif akibat dari meningkatnya jumlah sel di dalam prostat yang dapat menyebabkan terjepitnya uretra sehingga akan terjadi penyumbatan urine untuk keluar. Menurut Muttaqin (2011) *Benigna Prostate*

Hiperplasia (BPH) merupakan pembesaran progresif dari kelenjar prostat, bersifat jinak disebabkan oleh hiperplasia beberapa atau semua komponen prostat yang mengakibatkan penyumbatan uretra pars prostatika.

Ukuran atau volume kelenjar prostat mengalami peningkatan seiring bertambahnya usia. Pembesaran ukuran kelenjar prostat atau penambahan volume prostat dapat mengakibatkan suatu obstruksi pada saluran kemih bagian bawah. Hal ini terjadi karena kelenjar prostat secara anatomis terletak mengelilingi uretra sehingga bila sel-sel epitel maupun sel stroma kelenjar prostat mengalami hiperplasia, prostat akan menekan uretra dan mengakibatkan sumbatan saluran kemih (Purnomo, 2011).

Menurut data *World Health Organization* (2013), memperkirakan terdapat sekitar 70 juta kasus degenerative, salah satunya adalah BPH. Insidensi di negara maju sebanyak 19%, sedangkan di negara berkembang sebanyak 5,35% kasus yang ditemukan pada pria dengan usia lebih dari 65 tahun dan dilakukan pembedahan setiap tahunnya. Kejadian di Indonesia telah menempatkan BPH sebagai penyebab angka kesakitan nomor dua terbanyak setelah penyakit batu pada saluran kemih. Tahun 2013 di Indonesia terdapat 9,2 juta kasus BPH, diantaranya diderita pada pria berusia di atas 60 tahun. Di Jawa Timur tepat 672.502 kasus pada tahun 2013. Di Ngawi, jumlah klien yang ada di ruang bedah pada tahun 2013 sebanyak 70 kasus. Pada tahun 2014 sebanyak 45 kasus BPH (Risksdas, 2013).

Berdasarkan data dari rekam medik RSUD dr.Slamet Garut periode Januari 2015 sampai Desember 2017 didapatkan 10 besar penyakit di ruang

rawat bedah Topaz RSUD dr.Slamet Garut. Urutan pertama adalah *Hernia Inguinalis Lateralis* dengan jumlah 489 kasus (19,4%), *Appendicitis* dengan jumlah 337 kasus (13,4%), *Mild Head Injury* (Cidera kepala ringan) dengan jumlah 329 kasus (13,1%), *Benigna Prostat Hiperplasia* (BPH) dengan jumlah 275 kasus (10,9%), *Soft Tissue Tumor* dengan jumlah 269 kasus (10,7%), *Colic Abdomen* dengan jumlah 235 kasus (9,3%), *Ileus* dengan jumlah 195 kasus (7,7%), *Retensi Urine* dengan jumlah 159 kasus (6,3%), *Peritonitis* dengan jumlah 155 kasus (6,2%), urutan terakhir *Infeksi Saluran Kemih* sebanyak 75 kasus (3,0%).

Angka kejadian BPH berdasarkan data yang diperoleh dari catatan rekam medis di RSUD dr.Slamet Garut terhitung mulai Januari 2015 sampai Desember 2017 terdapat 275 kasus dan keseluruhan menjalani tindakan pembedahan open prostatectomy. Jumlah ini menempati posisi ke-4 dengan presentasi 10,9 % dari 10 penyakit bedah terbanyak di ruang Topaz RSUD dr. Slamet Garut. Kejadian BPH banyak diderita oleh pasien dengan usia lebih dari 50 tahun.

Penderita BPH biasanya sering mengeluh sulit untuk buang air kecil dan merasa tidak tuntas. Hal ini disebabkan karena terjepitnya uretra oleh pembesaran kelenjar prostat yang mengelilinginya. Sehingga urine terhambat untuk keluar secara tuntas. Bila jepitan pada uretra meningkat, maka keluaran urine akan semakin sulit dan pancarannya akan semakin melemah, bahkan bisa sampai terjadinya penyumbatan total sehingga urine tidak dapat keluar (statis). Akibatnya akan timbul rasa nyeri hebat dan tidak nyaman pada perut.

Keadaan ini beresiko tinggi untuk terjadinya infeksi pada kandung kemih. Pada keadaan infeksi, bakteri yang memecah ureum dan membentuk ammonium yang akan mengendapkan garam-garam fosfat sehingga akan mempercepat pembentukan batu saluran kemih. Dampak yang paling sering terjadi akibat retensi urine adalah pembentukan batu. Komplikasi lainnya seperti hematuri, nyeri saat berkemih, sampai gagal ginjal kronik. Apabila sampai terjadi infeksi maka harus dilakukan pemasangan cateter agar urine dapat keluar. Jika setelah pemasangan kateter tidak dapat mengatasi pengeluaran urine maka harus dilakukan tindakan pembedahan (Padila, 2012)

Tindakan operasi ditujukan pada hiperplasia prostat yang sudah menimbulkan penyulit tertentu, yaitu retensi urine, batu saluran kemih, hematuria, infeksi saluran kemih, kelainan pada saluran kemih bagian atas, atau keluhan LUTS (*Lower Urinary Tract Symptoms*) yang tidak menunjukkan perbaikan setelah menjalani pengobatan medikamentosa (Nursalam, 2006). Pada tindakan pembedahan, penderita perlu mendapat asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan pada penderita BPH bertujuan untuk meminimalkan komplikasi yang mungkin disebabkan oleh pembedahan (Amalia, 2011).

Menurut Doengoes (2014) menyatakan bahwa, tindakan operasi memungkinkan sekali munculnya masalah kesehatan diantaranya; perubahan pola eliminasi, resiko tinggi terhadap kekurangan volume cairan, resiko tinggi terhadap infeksi, nyeri akut, resiko tinggi terhadap disfungsi seksual, kurang

pengetahuan (kebutuhan belajar) tentang kondisi prognosis dan kebutuhan pengobatan.

Berdasarkan wawancara dan observasi di ruang Topaz RSUD dr. Slamet Garut keluhan yang dirasakan klien post operasi BPH adalah nyeri di daerah post operasi seperti perih dan panas, nyeri pada bagian penis karena tekanan balon kateter dan fiksasi yang terlalu kuat, klien tidak berani melakukan mobilisasi seperti miring kanan dan miring kiri, duduk di tempat tidur dikarenakan banyaknya alat-alat medis yang terpasang pada tubuhnya, misalnya slang infus, kateter, irigasi cairan, serta drainase. Kekhawatiran pasien apabila dengan menggerakkan tubuhnya pada posisi tertentu akan memperparah luka operasi juga menjadi alasan untuk tidak melakukan mobilisasi. Jika ini terus berlangsung maka dapat menyebabkan masalah hambatan mobilitas fisik pada klien (Sukesih, 2017).

Mobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas namun terarah tanpa adanya batasan atau hambatan (nyeri) serta tanpa rasa khawatir akan suatu hal apapun dalam memenuhi kebutuhan aktifitas guna mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. Mobilisasi diperlukan untuk mencegah terjadinya infeksi serta trombosis vena. Mobilisasi juga sangat diperlukan untuk mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah, membantu pernafasan menjadi lebih baik, mempertahankan tonus otot, memperlancar eliminasi alvi, dan urin, serta mengembalikan aktifitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian (Mubarak, 2008).

Berdasarkan uraian diatas, pasien post op BPH membutuhkan suatu asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah hambatan mobilitas fisik, sehingga penulis tertarik untuk membuat sebuah karya tulis ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op BPH Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Topaz RSUD dr.Slamet Garut.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op BPH Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Di Ruang Topaz RSUD dr.Slamet Garut?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Melakukan asuhan keperawatan pada klien post op BPH dengan masalah keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Topaz RSUD dr.Slamet Garut.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien post op BPH dengan masalah keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Topaz RSUD dr.Slamet Garut.

- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien post op BPH dengan masalah keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Topaz RSUD dr.Slamet Garut.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien post op BPH dengan masalah keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Topaz RSUD dr.Slamet Garut.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien post BPH dengan masalah keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Topaz RSUD dr.Slamet Garut.
- e. Melakukan evaluasi pada klien post op BPH dengan masalah keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di Ruang Topaz RSUD dr.Slamet Garut.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan mengenai penyakit BPH serta menambah wawasan mengenai asuhan keperawatan pada klien post op BPH dengan masalah keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik.

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi Penulis

Dapat menambahkan ilmu pengetahuan tentang pembuatan asuhan keperawatan pada klien post op BPH dengan masalah keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik.

b. Bagi Rumah Sakit

Sebagai masukan dan evaluasi dalam asuhan keperawatan bedah pada klien post op BPH dengan masalah keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di RSUD dr.Slamet Garut.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan gambaran dan referensi tentang ilmu keperawatan bedah dan sebagai wacana dan pengetahuan perkembangan ilmu keperawatan bedah.

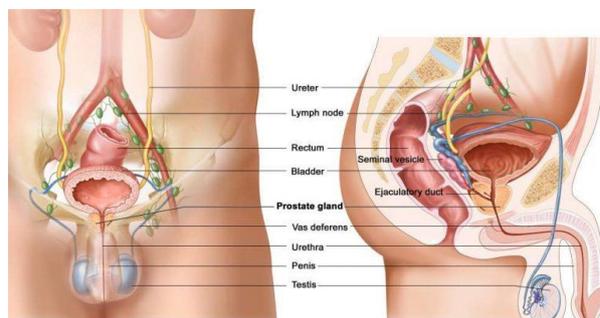
BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit BPH

1. Anatomi Prostat

Kelenjar prostat terletak tepat di bawah leher kandung kemih. Kelenjar ini mengelilingi uretra dan dipotong melintang oleh ductus ejakulatorius, yang merupakan kelanjutan dari vas deferens. Kelenjar ini berbentuk seperti buah kenari. Normal beratnya ± 20 gram dengan ukuran rata-rata: panjang 3.4 cm, lebar 4.4 cm, tebal 2.6 cm, didalamnya berjalan uretra posterior $\pm 2,5$ cm. Bagian anterior difiksasi oleh ligamentum pubroprostatikum dan sebelah inferior oleh diafragma urogenital. Pada prostat bagian posterior bermuara ductus ejakulatoris yang berjalan miring dan berakhir pada verumontanum pada dasar uretra prostatika tepat proksimal dan sfingter uretra eksterna. (Andra dan Yessie, 2013)



Gambar 2.1 Anatomi Prostat

Sumber : Andra dan Yessie (2013)

Secara embriologi menurut klasifikasi Lowsley; prostat berasal dari lima evaginasi epitel uretra yaitu anterior, posterior, medial, lateral kanan dan lateral kiri. Prostat normal terdiri dari 50 kelenjar.

Selama perkembangannya lobus medius, lobus anterior dan lobus posterior akan menjadi satu disebut lobus medius. Pada penampang lobus medius kadang-kadang tidak tampak karena terlalu kecil dan lobus ini tampak homogen berwarna abu-abu, dengan kista kecil berisi cairan seperti susu, kista ini disebut kelenjar prostat.

Vaskularisasi kelenjar prostat yang utama berasal dari arteri vesikalis inferior dan masuk lewat basis prostat di Vesico Prostatic Junction. Persarafan kelenjar prostat sama dengan persarafan kandung kemih bagian inferior yaitu fleksus saraf simpatis dan parasimpatis. Sekresi dan motor yang mensarafi prostat berasal dari plexus simpatikus dari Hipogastricus dan medula sakral III-IV dari plexus sakralis (Primandari, 2016).

2. Fisiologi

Fungsi prostat adalah menambah cairan alkalis pada cairan seminalis yang berguna untuk melindungi spermatozoa terhadap sifat asam yang terdapat pada uretra. Dibawah kelenjar ini terdapat kelenjar Bulbo uretralis yang memiliki panjang 2-5 cm yang fungsinya hampir sama dengan kelenjar prostat. Kelenjar ini menghasilkan sekresi yang penyalurannya dari testis secara kimiawi dan fisiologis sesuai kebutuhan

spermatozoa. Sewaktu perangsangan seksual, prostat mengeluarkan cairan encer seperti susu yang mengandung berbagai enzim dan ion ke dalam ductus ejakulatorius. Cairan ini menambah volume cairan vesikula seminalis dan sperma. Cairan prostat bersifat basa (alkalis). Sewaktu mengendap di vagina wanita, bersama dengan ejakulat yang lain, cairan ini dibutuhkan karena motilitas sperma akan berkurang dalam lingkungan dengan pH rendah (Suzanne C. Smeltzer, 2005, Elizabeth J.C, 2009).

3. Definisi

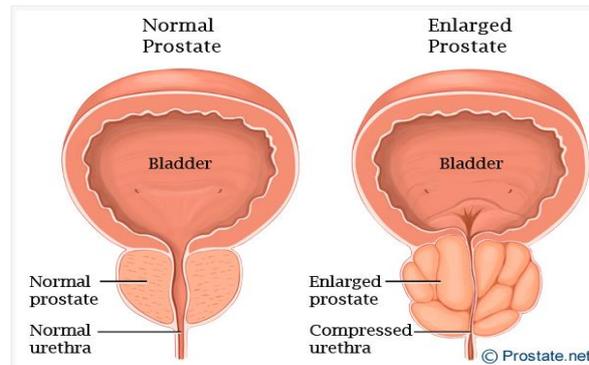
BPH adalah pembesaran kelenjar dari jaringan seluler kelenjar prostat yang berhubungan dengan perubahan endokrin berhubungan dengan proses penuaan. Prostat adalah kelenjar yang berada di sekeliling uretra dan dibawah kandung kemih pada pria. Bila terjadi pembesaran lobus bagian tengah kelenjar prostat akan menekan dan uretra akan menyempit. (Suharyanto, 2009)

Hiperplasia Prostat Benigna merupakan pembesaran progresif dari kelenjar prostat (secara umum pada pria lebih tua dari 50 tahun) menyebabkan berbagai derajat obstruksi uretral dan pembatasan aliran urinarius (Padila, 2012)

Berdasarkan beberapa teori diatas maka penulis dapat menyimpulkan bahwa *Benign Prostate Hyperplasia* adalah pembesaran secara progresif pada kelenjar prostat yang mengakibatkan penyempitan pada uretra sehingga terjadi obstruksi pengeluaran urine. Pembesaran

kelenjar prostat ini disebabkan oleh perubahan endokrin yang dipengaruhi oleh proses penuaan (Ardhia, 2018)

Gambar 2.2 Prostat Normal dan Pembesaran Prostat



Sumber : Muttaqin, 2011

4. Etiologi

Hingga sekarang masih belum diketahui secara pasti penyebab terjadinya hiperplasia prostat; tetapi beberapa hipotesis menyebutkan bahwa hiperplasia prostat erat kaitannya dengan peningkatan kadar DHT dan proses *aging* (Purnomo, 2003). Beberapa hipotesis yang diduga sebagai penyebab timbulnya hiperplasia prostat menurut (Muttaqin,2011) adalah :

a. Teori Dihidrotestosteron

Peningkatan 5α reductase dan resptor androgen menyebabkan epitel dan stroma dari kelenjar prostat mengalami hiperplasi.

b. Adanya ketidakseimbangan antara estrogen-testosteron

Pada usia yang semakin tua, terjadi peningkatan hormone estrogen dan penurunan hormone testosteron yang mengakibatkan hiperplasi stroma.

c. Interaksi stroma-epitel

Peningkatan epidermal *growth factor* atau *fibroblast grow factor* dan penurunan *transforming growth factor beta* menyebabkan hiperplasi stroma dan epitel.

d. Berkurangnya kematian sel prostat (apoptosis)

Estrogen yang meningkat menyebabkan peningkatan lama hidup sel dan berkurangnya sel yang mati dari kelenjar prostat.

e. Teori stem sel

Terjadinya proliferasi sel-sel abnormal pada BPH sehingga terjadi produksi yang berlebihan sel stroma maupun sel epitel.

5. Patofisiologi

Prostat sebagai kelenjar ejakulat memiliki hubungan fisiologis yang sangat erat dengan DHT. Hormon ini merupakan hormone yang memacu pertumbuhan prostat sebagai kelenjar ejakulat yang nantinya akan mengoptimalkan fungsinya. Hormone ini disintesis dalam kelenjar prostat dari hormone testosterone dalam darah. Prostat sintesis ini dibantu oleh enzim 5α -reduktase tipe 2. Selain DHT yang menjadi precursor, estrogen juga memiliki pengaruh terhadap pembesaran kelenjar prostat. Seiring dengan penambahan usia, maka prostat akan lebih sensitive dengan

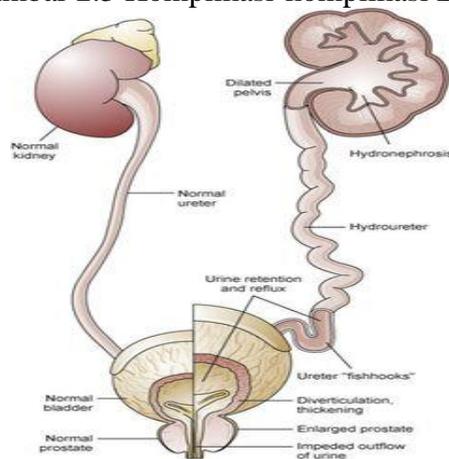
stimulasi androgen, sedangkan estrogen mampu memberikan proteksi terhadap BPH. Dengan pembesaran yang sudah melebihi normal, maka akan terjadi desakan pada traktus urinarius. Pada tahap awal, obstruksi traktus urinarius jarang menimbulkan keluhan, karena dengan dorongan mengejan dan kontraksi yang kuat dari otot *detrusor* mampu mengeluarkan urin secara spontan. Namun, obstruksi yang sudah kronis membuat dekomposisi dari otot *detrusor* untuk berkontraksi yang akhirnya menimbulkan obstruksi saluran kemih (Mitchell, 2009)

Keluhan yang biasanya muncul dari obstruksi ini adalah dorongan mengejan saat miksi yang kuat, pancaran urine lemah/menetes, dysuria (saat kencing terasa terbakar), palpasi *rectal toucher* menggambarkan hipertropi prostat, distensi vesika. Hipertrofi fibromuskuler yang terjadi pada klien BPH menimbulkan penekanan pada prostat dan jaringan sekitar, sehingga menimbulkan iritasi pada mukosa uretra. Iritabilitas inilah nantinya akan menyebabkan keluhan frekuensi, urgensi, inkontinensia urgensi, dan nokturia. Obstruksi yang berkelanjutan akan menimbulkan komplikasi yang lebih besar, misalnya *hidronefrosis*, gagal ginjal dan lain sebagainya. Oleh karena itu kateterisasi untuk tahap awal sangat efektif untuk mengurangi distensi vesika urinaria (Mitchell, 2009)

Pembesaran pada BPH terjadi secara bertahap, mulai dari zona periuretral dan transisional. Hyperplasia ini terjadi secara nodular dan sering diiringi oleh proliferasi fibromuscular untuk lepas dari jaringan epitel. Oleh karena itu, hyperplasia zona transisional ditandai oleh

banyaknya jaringan kelenjar yang tumbuh pada pucuk dan cabang dari pada ductus. Sebenarnya proliferasi zona transisional dan zona sentral pada prostat berasal dari turunan *ductus Wolffii* dan proliferasi zona perifer berasal dari *sinus urogenital*. Sehingga, berdasarkan latar belakang embrilogis inilah bias diketahui mengapa BPH terjadi pada zona transisiona dan sentral, sedangkan Ca prostat terjadi pada zona perifer (Heffner, 2002)

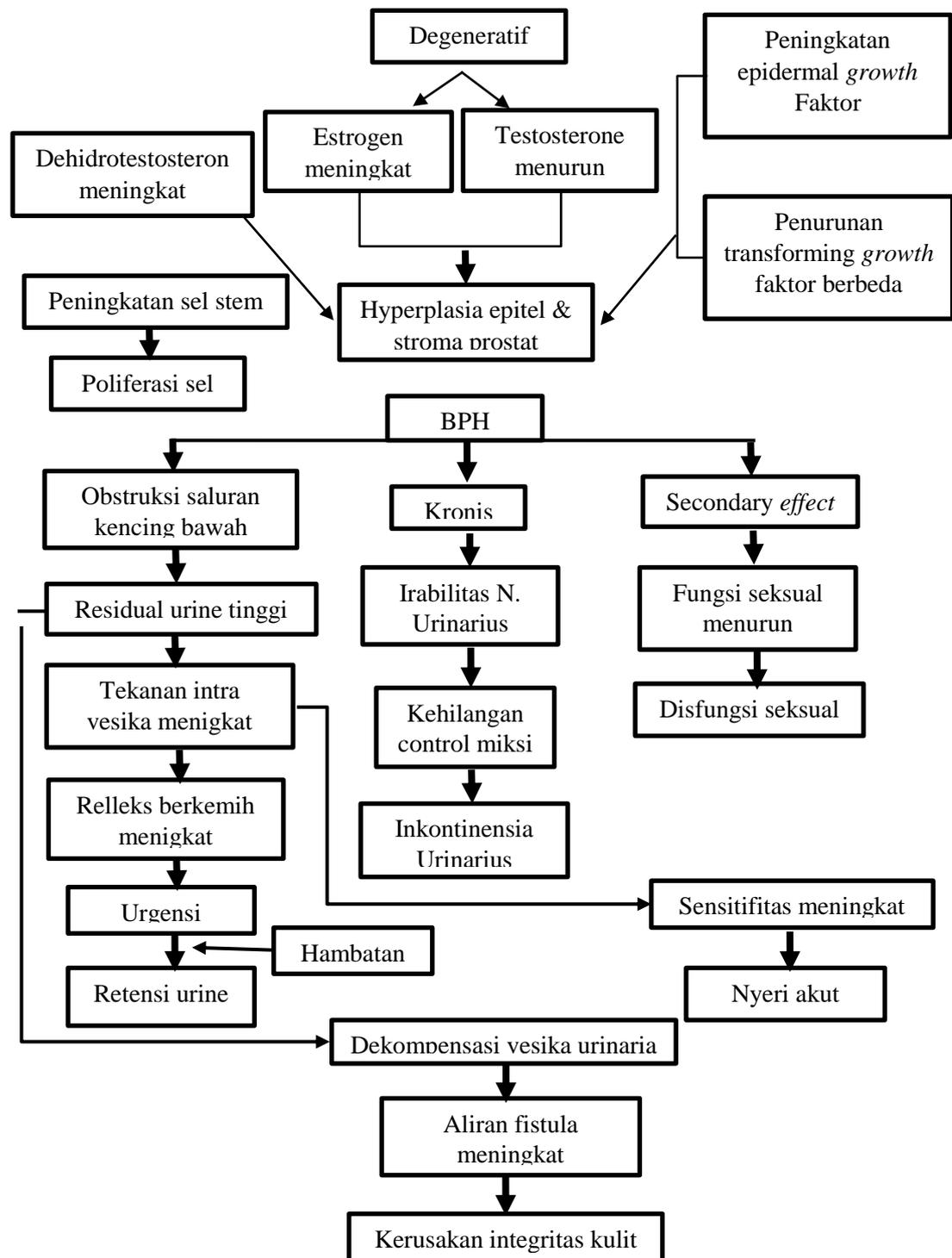
Gambar 2.3 Komplikasi-komplikasi BPH



Sumber : Primandari, 2016

6. Pathway

Bagan 2.1 Pathway



Sumber : Prabowo (2014)

7. Manifestasi Klinik

Gejala hiperplasia prostat menurut Primandari, (2016) dibagi atas gejala obstruktif dan gejala iritatif.

a. Gejala obstruktif antara lain:

- 1) Harus menunggu pada permulaan miksi (Hesistency)
- 2) Pancaran miksi yang lemah (Poor stream)
- 3) Miksi terputus (Intermittency)
- 4) Menetes pada akhir miksi (Terminal dribbling)
- 5) Rasa belum puas sehabis miksi (Sensation of incomplete bladder emptying)

b. Gejala iritatif antara lain :

- 1) Bertambahnya frekuensi miksi (Frequency)
- 2) Nokturia
- 3) Miksi sulit ditahan (Urgency)
- 4) Disuria (Nyeri pada waktu miksi)

Untuk menilai tingkat keparahan dari keluhan pada saluran kemih sebelah bawah, *World Health Organization* menganjurkan klasifikasi untuk menentukan berat gangguan miksi yang disebut Skor Internasional Gejala Prostat atau *IPSS (International Prostatic Symptom Score)*. Sistem skoring IPSS terdiri atas tujuh pertanyaan yang berhubungan dengan keluhan miksi (*LUTS*) dan satu pertanyaan yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien. Setiap pertanyaan yang berhubungan dengan

keluhan miksi diberi nilai 0 sampai dengan 5, sedangkan keluhan yang menyangkut kualitas hidup pasien diberi nilai dari 1 hingga 7. Dari skor IPSS itu dapat dikelompokkan gejala LUTS dalam 3 derajat, yaitu:

- a. Ringan : skor 0-7
- b. Sedang : skor 8-19
- c. Berat : skor 20-35

Timbulnya gejala LUTS merupakan manifestasi kompensasi otot vesica urinaria untuk mengeluarkan urin. Pada suatu saat otot-otot vesica urinaria akan mengalami kepayahan (fatigue) sehingga jatuh ke dalam fase dekompensasi yang diwujudkan dalam bentuk retensi urin akut.

Tabel 2.1 Tabel *International Prostatic Symptom Score*

Pertanyaan	Jawaban dan skor					
	Tidak sekali	<20%	<50%	50%	>50%	Hampir selalu
a. Adakah anda merasa buli-buli tidak kosong setelah berkemih	0	1	2	3	4	5
b. Berapa kali anda berkemih lagi dalam waktu 2 menit	0	1	2	3	4	5
c. Berapa kali terjadi arus urin berhenti sewaktu berkemih	0	1	2	3	4	5
d. Berapa kali anda tidak dapat menahan untuk berkemih	0	1	2	3	4	5
e. Berapa kali terjadi arus lemah sewaktu memulai kencing	0	1	2	3	4	5

f. Berapa kali terjadi bangun tidur anda kesulitan memulai untuk berkemih	0	1	2	3	4	5
g. Berapa kali anda bangun untuk berkemih di malam hari	0	1	2	3	4	5

Jumlah nilai :

0= baik sekali 1= baik 2= kurang baik 3 = kurang 4= buruk 5=buruk sekali

Untuk mengukur besarnya hiperplasia prostat dapat dipakai berbagai pengukuran, yaitu :

a. Rectal Grading

Dengan *rectal toucher* diperkirakan beberapa cm prostat menonjol ke dalam lumen dari rectum. *Rectal toucher* sebaiknya dilakukan dengan buli-buli kosong, jika penuh bias terjadi kesalahan. Gradasi ini adalah sebagai berikut :

- 1) 0-1 cm = grade 0
- 2) 1-2 cm = grade 1
- 3) 2-3 cm = grade 2
- 4) 3-4 cm = grade 3
- 5) > 4 cm = grade 4

Biasanya pada grade 3 dan 4 batas atas dari prostat tidak dapat diraba.

b. Clinical Grading

Pada pengukuran ini yang menjadi patokan adalah banyaknya sisa urine. Pengukuran ini dilakukan dengan cara meminta pasien

berkemih sampai selesai pada pagi hari setelah klien bangun tidur. Kemudian memasukan kateter ke dalam kandung kemih untuk mengukur sisa urine.

- 1) Sisa urine 0 cc : Normal
- 2) Sisa urine 0-50 cc : Grade 1
- 3) Sisa urine 50-150 cc : Grade 2
- 4) Sisa urine > 150 cc : Grade 3
- 5) Sama sekali tidak bias berkemih : Grade 4

c. Intra Urethral Grading

Untuk melihat seberapa jauh penonjolan lobus lateral ke dalam lumen uretra. Pengukuran ini harus dapat dilihat dengan endoskopy.

8. Penatalaksanaan

a. Observasi

Observasi Biasanya dilakukan pada pasien dengan keluhan ringan. Pasien dianjurkan untuk mengurangi minum setelah makan malam yang ditujukan agar tidak terjadi nokturia, menghindari obat-obat dekongestan (parasimpatolitik), mengurangi minum kopi dan tidak diperbolehkan minum alkohol agar tidak terlalu sering miksi. Pasien dianjurkan untuk menghindari mengangkat barang yang berat agar perdarahan dapat dicegah. Ajurkan pasien agar sering mengosongkan kandung kemih (jangan menahan kencing terlalu lama) untuk menghindari distensi kandung kemih dan hipertrofi kandung kemih.

Secara periodik pasien dianjurkan untuk melakukan control keluhan, pemeriksaan laboratorium, sisa kencing dan pemeriksaan colok dubur (Purnomo, 2011).

b. Terapi medikamentosa

Menurut Baradero dkk (2007) tujuan dari obat-obat yang diberikan pada penderita BPH adalah :

- 1) Mengurangi pembesaran prostat dan membuat otot-otot berelaksasi untuk mengurangi tekanan pada uretra
- 2) Mengurangi resistensi leher buli-buli dengan obat-obatan golongan alfa blocker (penghambat alfa adrenergenik)
- 3) Mengurangi volum prostat dengan menentukan kadar hormone testosterone/ dehidrotestosteron (DHT).

Adapun obat-obatan yang sering digunakan pada pasien BPH, menurut Andra & Yessie (2013) diantaranya : penghambat adrenergenik alfa, penghambat enzim 5 alfa reduktase, fitofarmaka.

1) Penghambat adrenergenik alfa

Penggunaan antagonis alfa 1 adrenergenik karena secara selektif dapat mengurangi obstruksi pada buli-buli tanpa merusak kontraktilitas detrusor. Obat-obat golongan ini dapat memperbaiki keluhan miksi dan laju pancaran urin. Hal ini akan menurunkan tekanan pada uretra pars prostatika sehingga gangguan aliran air seni

dan gejala-gejala berkurang. Efek samping yang mungkin timbul adalah pusing, sumbatan di hidung dan lemah.

2) Penghambat enzim 5 alfa reduktase

Obat golongan ini dapat menghambat pembentukan DHT sehingga prostat yang membesar akan mengecil. Namun obat ini bekerja lebih lambat dari golongan alfa bloker dan manfaatnya hanya jelas pada prostat yang besar. Efek samping dari obat ini diantaranya adalah libido, impoten dan gangguan ejakulasi.

3) Fitofarmaka/fitoterapi

Penggunaan fitoterapi yang ada di Indonesia antara lain eviprostat. Substansinya misalnya pygeum africanum, saw palmetto, serenoa repens dll. Efeknya diharapkan terjadi setelah pemberian selama 1-2 bulan dapat memperkecil volum prostat.

c. Terapi bedah

Pembedahan adalah tindakan pilihan, keputusan untuk dilakukan pembedahan didasarkan pada beratnya obstruksi, adanya ISK, retensio urin berulang, hematuri, tanda penurunan fungsi ginjal, ada batu saluran kemih dan perubahan fisiologi pada prostat. Waktu penanganan untuk tiap pasien bervariasi tergantung pada beratnya gejala dan komplikasi. Menurut Smeltzer dan Bare (2002) intervensi bedah yang dapat dilakukan meliputi : pembedahan terbuka dan pembedahan endourologi.

1) Pembedahan terbuka

Beberapa teknik operasi prostatektomi terbuka yang biasa

digunakan adalah :

a) Prostatektomi suprapubic

Adalah salah satu metode mengangkat kelenjar melalui insisi abdomen. Insisi dibuat dikedalam kandung kemih, dan kelenjar prostat diangkat dari atas.

b) Prostatektomi perineal

Adalah suatu tindakan dengan mengangkat kelenjar melalui suatu insisi dalam perineum. Teknik ini lebih praktis dan sangat berguan untuk biopsy terbuka.

c) Prostatektomi retropubik

Adalah tindakan lain yang dapat dilakukan, dengan cara insisi abdomen rendah mendekati kelenjar prostat, antara arkus pubis dan kandung kemih tanpa memasuki kandung kemih.

2) Pembedahan endourologi

Pembedahan endourologi transurethral dapat dilakukan dengan memakai tenaga elektrik diantaranya:

a) Transurethral Prostatic Resection (TURP)

b) Transurethral Incision of the Prostate (TUIP)

c) Terapi invasive minimal Menurut Purnomo (2011)

Terapi invasive minimal diantaranya:

(1) Transurethral Microvawe Thermotherapy (TUMT),

(2) High Intensity Focused Ultrasound (HIFU),

(3) Transurethral Needle Ablation (TUNA), (Purnomo, 2011).

(4) Pemasangan Stent Uretra atau Prostatcatth

9. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Purnomo (2011) dan Baradero dkk (2007) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada penderita BPH meliputi :

a) Laboratorium

- 1) Analisa urin dan pemeriksaan mikroskopik urin penting dilakukan untuk melihat adanya sel leukosit, bakteri dan infeksi. Pemeriksaan kultur urin berguna untuk mengetahui kuman penyebab infeksi dan sensitivitas kuman terhadap beberapa antimikroba.
- 2) Pemeriksaan faal ginjal, untuk mengetahui kemungkinan adanya penyulit mengenai saluran kemih bagian atas. Elektrolit, kadar ureum dan kreatinin darah merupakan informasi dasar dari fungsi ginjal dan status metabolic.
- 3) Pemeriksaan *prostate specific antigen* (PSA) dilakukan sebagai dasar penentuan perlunya biopsy atau sebagai deteksi dini keganasan. Bila nilai PSA <4ng/ml tidak perlu dilakukan biopsy. Sedangkan bila nilai PSA 4-10 ng/ml, hitunglah *prostate specific antigen density* (PSAD) $\geq 0,15$ maka sebaiknya dilakukan biopsy prostat, demikian pula bila nilai PSA > 10 ng/ml.

b) Radiologis/pencitraan Menurut Purnomo (2011) pemeriksaan radiologis bertujuan untuk memperkirakan volume BPH, menentukan

derajat disfungsi buli-buli dan volume residu urin serta untuk mencari kelainan patologi lain, baik yang berhubungan maupun tidak berhubungan dengan BPH.

- 1) Foto polos abdomen, untuk mengetahui kemungkinan adanya batu opak di saluran kemih, adanya batu/kalkulosa prostat, dan adanya bayangan buli-buli yang penuh dengan urin sebagai tanda adanya retensi urin. Dapat juga dilihat lesi osteoblastik sebagai tanda metastasis dari keganasan prostat, serta osteoporosis akibat kegagalan ginjal.
- 2) Pemeriksaan *Pielografi Intravena* (IVP), untuk mengetahui kemungkinan adanya kelainan pada ginjal maupun ureter berupa hidroureter atau hidronefrosis. Memperkirakan besarnya kelenjar prostat yang ditunjukkan dengan adanya indentasi prostat (pendesakan buli-buli oleh kelenjar prostat) atau ureter dibagian distal yang berbentuk seperti mata kail (*hooked fish*)/gambaran ureter berbelok-belok di vesika, penyulit yang terjadi pada buli-buli yaitu adanya trabekulasi, divertikel atau sakulasi buli-buli.
- 3) Pemeriksaan USG transektal, untuk mengetahui besar kelenjar prostat, memeriksa masa ginjal, menentukan jumlah residual urine, menentukan volum buli-buli, mengukur sisa urin dan batu ginjal, divertikulum atau tumor buli-buli, dan mencari kelainan yang mungkin ada dalam buli-buli.

10. Dampak Benigna Prostat Hiperplasia Terhadap Sistem Tubuh

a. Sistem Perkemihan

BPH dapat menyebabkan obstruksi pada saluran kemih yang menyebabkan terjadinya retensio urine, oliguri bahkan sampai terjadi anuria, juga dapat terjadi peningkatan frekuensi BAK pada siang dan malam hari. Obstruksi juga menyebabkan urine statis dan menjadi tempat tumbuhnya mikroorganisme sehingga terjadi infeksi saluran kemih. Pada keadaan infeksi terjadi kerusakan jaringan yang mempercepat pembentukan batu akibat bakteri yang tumbuh pada saluran kemih ini memecah ureum dan membentuk ammonium yang akan mengendapkan garam-garam fosfat sehingga akan mempercepat terjadinya batu saluran kemih, terjadi dilatasi ureter dan ginjal secara bertahap.

Klien dengan BPH akan mengalami distensi kandung kemih, dalam keadaan lanjut distensi yang sangat tegang dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah sehingga terjadi hematuria. Pada kondisi post operasi klien dipasang kateter dan irigasi blass (spooling) selama \pm 5-7 hari.

b. Sistem Kardiovaskuler

Pada klien dengan BPH terjadi peregangan pada vesika urinaria yang menyebabkan nyeri. Pada keadaan nyeri adrenergik dirangsang keluar sehingga meningkatkan tekanan nadi dan tekanan darah. Post operasi dapat terjadi penurunan tekanan darah, peningkatan frekuensi nadi,

anemis dan pucat jika klien mengalami syok.

c. Sistem Pernafasan

Distensi kandung kemih yang maksimal menyebabkan peningkatan volume intraabdomen sehingga menyebabkan penekanan pada rongga thorak, keadaan ini dapat menyebabkan komplien paru menurun sehingga klien merasa sesak dan meningkatnya frekuensi pernafasan.

Nyeri yang diakibatkan oleh obstruksi, retensi urine, distensi kandung kemih dan luka post operasi pada klien dengan BPH juga dapat meningkatkan simpatis sehingga berdampak pada peningkatan frekuensi pernafasan.

d. Sistem Reproduksi

Kelenjar prostat memproduksi secret alkalis yang berguna melindungi spermatozoa terhadap tekanan yang terdapat pada uretra. Pada system reproduksi cenderung ditemukan adanya disfungsi seksual akibat karena adanya perubahan pola eliminasi dan adanya rasa nyeri pada klien. Pada tahap lanjut dapat juga terjadi penurunan libido dan impotensi. Pada saat ejakulasi cairan sperma dapat bercampur dengan urine sehingga dapat terjadi infeksi.

e. Sistem Persarafan

Adanya obstruksi, retensi urine, dan distensi kandung kemih pada klien dengan BPH akan mendesak sel-sel saraf di vesika urinaria juga terdapatnya luka insisi post operasi sehingga dapat merangsang pengeluaran zat-zat kimia dan merangsang noci reseptor sebagai

resptor nyeri yang pada akhirnya dapat menimbulkan nyeri pada klien.

Kesadaran pada klien BPH composmentis.

f. Sistem Pencernaan

Distensi kandung kemih yang terjadi menyebabkan tekanan intra abdomen meningkat, keadaan ini akan menyebabkan penekanan pada rongga abdomen bagian atas sehingga muncul keluhan mual dan rasa penuh di lambung. Selain itu nyeri juga dapat merangsang reflek vagal sehingga merangsang pengeluaran HCL lambung, akibatnya mual semakin meningkat dan klien menjadi anoreksia. Nyeri juga menyebabkan hambatan pada pusat lapar di hypothalamus.

g. Sistem Muskuloskeletal

Klien dengan post operasi BPH mengalami keterbatasan pergerakan dan immobilisasi. Hal ini diakibatkan oleh nyeri yang dirasakan oleh klien setiap akan melakukan pergerakan sehingga klien cenderung enggan untuk bergerak, selain itu juga karena terpasang banyak selang medis seperti kateter, drain dan irigasi (spooling) sehingga pergerakan klien menjadi terbatas.

11. Dampak Terhadap Psikososial

a. Data Psikologis

Penyakit, perubahan fisik, keprihatinan finansial dan hopitalisasi menyebabkan terjadinya kecemasan, gelisah, perilaku distraksi, sikap berhati-hati, gangguan konsep diri dan koping klien.

b. Data Sosial

Akan terjadi perubahan aktivitas sosial dikarenakan klien tidak bisa ikut serta dalam aktivitas social atau menarik diri akibat adanya nyeri, kelemahan dan kelelahan.

c. Data Spiritual

Biasanya akan terjadi perubahan dalam beribadah, karena klien akan merasa kesulitan dalam menjalankan ibadahnya. Adanya komplikasi yang berat pada saat post operasi dan hospitalisasi yang lama mungkin akan mengakibatkan perasaan apatis, putus asa terhadap masa yang akan datang dan keyakinan akan kesembuhannya pada Tuhan.

B. Konsep Dasar Luka

1. Definisi

Menurut Koiner dan Taylan menyatakan bahwa luka adalah terganggunya (disruption) integritas normal dari kulit dan jaringan di bawahnya yang terjadi secara tiba-tiba atau disengaja, tertutup atau terbuka, bersih atau terkontaminasi, superfisial atau dalam. Luka adalah hilang atau rusaknya sebagian jaringan tubuh yang disebabkan oleh trauma benda tajam atau tumpul, perubahan suhu, zat kimia, ledakan, sengatan listrik atau gigitan hewan (Sjamsu Hidayat, 1997).

Dari pendapat tersebut maka dapat ditarik kesimpulan bahwa luka

adalah rusaknya kulit dan jaringan dibawahnya akibat terputusnya kontinuitas jaringan yang dapat disebabkan oleh trauma baik secara disengaja atau tidak disengaja (Ardhia, 2018).

2. Klasifikasi

a. Klasifikasi Luka

1) Berdasarkan Sifat Kejadian

a) Luka disengaja (*intentional traumatic*)

Contoh : luka radiasi, luka bedah

b) Luka tidak disengaja (*unintentional traumatic*)

Contoh : Luka terbuka (abrasi / gesekan, *puncture* / tusukan, *hauration* / akibat alat yang digunakan dalam perawatan luka), luka tertutup.

2) Berdasarkan Penyebab

a) Luka mekanik

(1)*Vulnus scissum* (luka sayat / luka insisi / *incised wounds*) →

karakteristik : pinggiran luka rapi

(2)*Vulnus contusum* (luka memar / *contusion wound*) →

karakteristik : cedera pada jaringan bawah kulit akibat benturan benda tumpul

(3)*Vulnus laceratum* (luka robek) → karakteristik : terdapat

robekan jaringan yang menyebabkan jaringan rusak

(4) *Vulnus puncture* (luka tusuk / *puncture wound*) →

karakteristik : luka luar tampak kecil namun bagian dalam besar

(5) *Vulnus sclopetorum* (luka tembak)

(6) *Vulnus morsum* (luka gigitan) → karakteristik : tidak jelas bentuknya

(7) *Vulnus abrasio* (luka terkikis / *abraded wound*) →

karakteristik : tidak sampai ke pembuluh darah

b) Luka non mekanik

Contoh : sengatan listrik, obat.

3) Berdasarkan Lamanya Proses Penyembuhan

a) Luka akut

Adalah luka yang sembuh sesuai dengan waktu proses penyembuhan luka (21 hari sesuai dengan proses menutupnya luka).

Contoh : luka operasi, luka kecelakaan dan luka bakar

b) Luka kronik

Adalah luka yang sulit sembuh dan fase penyembuhan lukanya mengalami pemanjangan.

Contoh : luka tekan (dekubitus), luka karena diabetes, luka karena pembuluh darah vena maupun arteri, luka kanker, luka *dehiscence* dan abses.

4) Berdasarkan Tingkat Kontaminasi

a) Luka bersih (*clean wounds*)

Yaitu luka bedah yang tidak terinfeksi dan tidak terjadi proses peradangan (inflamasi). Biasanya menghasilkan luka yang tertutup. Luka tidak mengenai sistem gastrointestinal, pernapasan dan genitourinaria.

b) Luka bersih terkontaminasi (*clean-contaminated wounds*)

Yaitu luka pembedahan dimana sistem (sistem gastrointestinal, pernapasan dan genitourinaria) sekitar luka terkontaminasi atau terinfeksi.

c) Luka kontaminasi (*contaminated wounds*)

Contoh : luka traumatik, luka terbuka, luka bedah dengan asepsis yang buruk.

d) Luka infeksi (*infected wounds*)

Yaitu luka dimana area luka terdapat patogen dan disertai tanda-tanda infeksi.

5) Berdasarkan Kedalaman Jaringan

a) *Superficial* : hanya jaringan epidermis

b) *Partial thickness* : luka yang meluas sampai ke dermis

c) *Full thickness* : luka meluas hingga ke lapisan yang paling dalam dari jaringan subkutan hingga ke pascia dan struktur di bawahnya seperti otot, tendon atau tulang.

6) Berdasarkan Stadium

a) Stadium I

Lapisan epidermis utuh, namun terdapat eritema atau perubahan warna.

b) Stadium II

Kehilangan kulit superfisial dengan kerusakan lapisan epidermis dan dermis. Eritema di jaringan sekitar yang nyeri, paas dan oedema. *Exudate* (nanah) sedikit sampai sedang.

c) Stadium III

Kehilangan jaringan sampai dengan jaringan subkutan, dengan terbentuknya rongga (*cavity*). *Exudate* sedang sampai banyak.

d) Stadium IV

Kehilangan jaringan subkutan dengan terbentuknya rongga (*cavity*) yang melibatkan otot, tendon dan tulang. *Exudate* sedang sampai banyak.

7) Berdasarkan Penampilan Klinis

a) Nekrotik (hitam) : eschar (jaringan parut) yang mengeras dan mengering atau lembab.

b) *Sloughy* (kuning) : jaringan mati yang fibrous (tidak elastis)

c) Terinfeksi (kehijauan) : terdapat tanda-tanda klinis adanya infeksi seperti nyeri, panas, bengkak, kemerahan dan peningkatan eksudat

d) Granulasi (merah) : jaringan granulasi yang sehat

e) Epitelisasi (merah muda) : terjadi epitelisasi.

b. Proses Penyembuhan Luka

Luka akan sembuh sesuai dengan tahapan yang spesifik dimana bisa terjadi tumpang tindih (*overlap*). Proses penyembuhan luka tergantung pada jenis jaringan yang rusak serta penyebab luka tersebut. Fase penyembuhan luka meliputi :

1) Fase Inflamasi

Fase ini muncul segera setelah *injury* dan dapat berlanjut sampai 5 hari. Dimulai saat terjadinya luka dan terjadi proses *hemostatis* yang ditandai dengan pelepasan *histamin* dan mediator lain lebih dari sel-sel yang rusak, disertai proses peradangan dan migrasi sel darah putih ke daerah yang rusak. Tanda-tanda inflamasi disekitar luka antara lain : kemerahan (*rubor*), hangat (*kalor*), bengkak (*tumor*), nyeri (*dolor*) dan hilangnya fungsi (*functio laesa*).

2) Fase Proliferasi / Epitelisasi

Fase ini berlangsung dari hari ke 6 sampai dengan 3 minggu. Fibroblast (sel jaringan penyambung) memiliki peran yang besar dalam proses proliferasi. Pembuluh darah baru diperkuat oleh jaringan ikat dan menginfiltrasi luka. Penampilan klinisnya antara lain dasar luka merah cerah (*granulasi dengan vaskularisasi baik*), kadang ditemukan bekuan darah, adanya kulit baru (*epitelisasi*) berwarna merah muda pada tepi luka.

3) Fase maturasi / *Remodelling*

Tahap ini berlangsung mulai pada hari ke 21 dan dapat berlangsung sampai berbulan-bulan dan berakhir bila tanda radang

sudah hilang. Pada fase ini terjadi repitelisasi, kontraksi luka, dan organisasi jaringan ikat. Dimana luka sudah menutup sempurna pada hari ke-21 dan akan muncul bekas luka (*scar*) atau keloid (*scar* yang menebal) selama proses maturasi berlangsung. Dalam fase ini terdapat *remodeling* luka yang merupakan hasil dari peningkatan jaringan kolagen, pemecahan kolagen yang berlebih dan regresi vaskularitas luka.

c. Faktor yang Mempengaruhi Penyembuhan Luka

Proses penyembuhan luka dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu:

- 1) Vaskularisasi
- 2) Anemia
- 3) Usia
- 4) Penyakit lain
- 5) Nutrisi
- 6) Kegemukan, obat-obatan, merokok dan stres
- 7) Tehnik penanganan luka yang tidak tepat
- 8) Lokasi luka (mobilitas pasien)
- 9) Status imunologi
- 10) Kadar gula darah (*impaired white cell function*) dan Kadar albumin darah (*'building blocks' for repair, colloid osmotic pressure – oedema*)

d. Tipe Penyembuhan Luka

- 1) *Primary intention healing*

Jaringan yang hilang minimal, tepi luka dapat kembali melalui jahitan, klip atau plester

2) *Delayed primary intention healing*

Terjadi ketika luka terinfeksi atau terdapat benda asing yang menghambat penyembuhan.

3) *Secondary healing*

Proses penyembuhan tertunda dan hanya bisa terjadi melalui proses granulasi, kontraksi dan epitelisasi. Pada tipe ini menghasilkan *scar*.

C. Konsep Dasar Mobilisasi

1. Definisi

Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur, mempunyai tujuan memenuhi kebutuhan hidup sehat, dan penting untuk kemandirian (Barbara Kozier, 1995).

Soelaiman (1993) berpendapat bahwa mobilisasi dini adalah kebijaksanaan untuk selekas mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya selekas mungkin berjalan.

Sedangkan menurut Brunner & Suddarth (2002) mobilisasi setelah operasi yaitu proses aktivitas yang dilakukan setelah operasi dimulai dari

latihan ringan diatas tempat tidur sampai dengan bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar.

Menurut Carpenito (2000), Mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu esensial untuk mempertahankan kemandirian.

Dari definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita dengan latihan ringan untuk mempertahankan fungsi fisiologis. (Ardhia, 2018)

Sebaliknya keadaan imobilisasi adalah suatu pembatasan gerak atau keterbatasan fisik dari anggota badan dan tubuh itu sendiri dalam berputar, duduk dan berjalan, hal ini salah satunya disebabkan oleh berada pada posisi tetap dengan gravitasi berkurang seperti saat duduk atau berbaring (Susan J. Garrison, 2004).

Mobilisasi secara garis besar dibagi menjadi 2, yaitu mobilisasi secara pasif dan mobilisasi secara aktif. Mobilisasi secara pasif yaitu: mobilisasi dimana pasien dalam menggerakkan tubuhnya dengan cara dibantu dengan orang lain secara total atau keseluruhan. Mobilisasi aktif yaitu: dimana pasien dalam menggerakkan tubuh dilakukan secara mandiri tanpa bantuan dari orang lain (Priharjo, 1997).

Konsep mobilisasi mula – mula berasal dari ambulasi Post Operasi yang merupakan pengembalian secara berangsur – angsur ke tahap mobilisasi sebelumnya untuk mencegah komplikasi (Roper,1996).

2. Tujuan Mobilisasi Post Operasi

Tujuan dari mobilisasi menurut Susan J. Garrison (2004), antara lain :

- a. Mempertahankan fungsi tubuh
- b. Memperlancar peredaran darah sehingga mempercepat penyembuhan luka
- c. Membantu pernafasan menjadi lebih baik
- d. Mempertahankan tonus otot
- e. Memperlancar eliminasi urin
- f. Mengembalikan aktivitas tertentu sehingga pasien dapat kembali normal dan atau dapat memenuhi kebutuhan gerak harian.
- g. Memberi kesempatan perawat dan pasien untuk berinteraksi atau berkomunikasi

3. Faktor – faktor yang mempengaruhi mobilisasi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi mobilisasi menurut Barbara Koziar (1995), antara lain :

- a. Gaya Hidup
- b. Proses Penyakit dan injury
- c. Kebudayaan
- d. Tingkat energi
- e. Usia dan status perkembangan

4. Kerugian Bila Tidak Melakukan Mobilisasi

- a. Penyembuhan luka menjadi lama
- b. Menambah rasa sakit
- c. Badan menjadi pegal dan kaku
- d. Kulit menjadi lecet dan luka
- e. Memperlama perawatan dirumah sakit

5. Kontra Indikasi Mobilisasi

Pada pasien tertentu baiknya mobilisasi tidak terlalu lama bahkan baiknya tidak dilakukan mobilisasi, seperti pasien dengan ;

- a. Miokard akut,
- b. Disritmia jantung,
- c. syok sepsis,
- d. kelemahan umum dengan tingkat energi yang kurang.

6. Tahap-tahap Mobilisasi Post Operasi

- a. Sebagai pedoman pelaksanaan sebelum melakukan tindakan mobilisasi sebaiknya dilakukan penilaian toleransi aktifitas sangat penting terutama pada klien dengan gangguan kardiovaskuler seperti Angina pectoris, Infark Miocard atau pada klien dengan immobiliasi yang

lama akibat kelumpuhan. Tanda - tanda yang di kaji pada intoleransi aktifitas antara lain (Gordon, 1976) :

- 1) Denyut nadi frekuensinya mengalami peningkatan, irama tidak teratur
- 2) Tekanan darah biasanya terjadi penurunan tekanan sistol/hipotensi orthostatic
- 3) Pernafasan terjadi peningkatan frekuensi, pernafasan cepat dangkal
- 4) Warna kulit dan suhu tubuh terjadi penurunan
- 5) Kecepatan dan posisi tubuh disini akan mengalami kecepatan aktifitas dan ketidak stabilan posisi tubuh
- 6) Status emosi labil.

b. Menurut Kasdu (2003) mobilisasi Post Operasi dilakukan secara bertahap berikut ini akan dijelaskan tahap mobilisasi Post Operasi pada pasien post operasi seksio sesarea :

- 1) Setelah operasi, pada 6 jam pertama pasien paska operasi seksio sesarea harus tirah baring dulu. Mobilisasi Post Operasi yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki
- 2) Setelah 6-10 jam, diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan kekanan mencegah trombosis dan trombo emboli

3) Setelah 24 jam pasien dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk

4) Setelah pasien dapat duduk, dianjurkan pasien belajar berjalan

c. Sedangkan Menurut *Beyer, 1997*

1) Tahap I : mobilisasi atau gerakan awal : nafas dalam dan batuk, ekstremitas

2) Tahap II : mobilisasi atau gerak berputar

3) Tahap III : mobilisasi atau gerakan duduk tegak

4) Tahap IV : mobilisasi atau gerakan turun dari tempat tidur (3x/hr)

5) Tahap V : mobilisasi atau gerakan berjalan dengan bantuan (2x/hr)

6) Tahap VI : mobilisasi atau gerakan naik ke tempat tidur

7) Tahap VII : mobilisasi atau gerakan bangkit dari duduk ditempat tidur.

7. Latihan Mobilisasi Pada Pasien Pasca Pembedahan

Mobilisasi pasca pembedahan yaitu proses aktivitas yang dilakukan pasca pembedahan dimulai dari latihan ringan diatas tempat tidur (latihan pernafasan, latihan batuk efektif dan menggerakkan tungkai) sampai dengan pasien bisa turun dari tempat tidur, berjalan ke kamar mandi dan berjalan ke luar kamar (Brunner & Suddarth, 1996).

a. Tahap-tahap mobilisasi pada pasien dengan pasca pembedahan menurut Rustam Muchtar (1992), meliputi :

- 1) Pada hari pertama 6-10 jam setelah pasien sadar, pasien bisa melakukan latihan pernafasan dan batuk efektif kemudian miring kanan – miring kiri sudah dapat dimulai.
 - 2) Pada hari ke 2, pasien didudukkan selama 5 menit, disuruh latihan pernafasan dan batuk efektif guna melonggarkan pernafasan.
 - 3) Pada hari ke 3 - 5, pasien dianjurkan untuk belajar berdiri kemudian berjalan di sekitar kamar, ke kamar mandi, dan keluar kamar sendiri.
- b. Berdasarkan Protap / SOP di ruang bedah RSUD dr. Slamet Garut, mobilisasi untuk pasien post operasi BPH dilakukan bertahap. Berikut ini akan dijelaskan tahap mobilisasi pada post operasi BPH.
- 1) Setelah operasi (POD 0), pada 2-6 jam pertama pasien harus tirah baring dulu. Mobilisasi yang bisa dilakukan adalah nafas dalam, menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk tungkai dan menggeser kaki.
 - 2) Setelah 24 jam (POD 1), pasien diharuskan untuk dapat miring kanan dan kekiri mencegah thrombosis dan trombo emboli.
 - 3) Setelah 48 jam (POD 2), pasien dilatih untuk mulai dapat mulai belajar duduk semi fowler.
 - 4) Setelah 72 jam (POD 3), pasien harus dapat belajar duduk.
 - 5) Selanjutnya (POD 4) mobilisasi di tempat tidur.

- 6) Pada POD 5 pasien harus dapat belajar berdiri disamping tempat tidur.

8. Dampak imobilisasi :

- a. Atelektasis
- b. Pneumonia
- c. Sulit buang air besar (BAB dan buang air kecil (BAK).
- d. Distensi lambung

9. Jurnal mengenai mobilisasi

- a. Penelitian yang dilakukan oleh Reni Prima Gusti (2011) yang berjudul Pengaruh Mobilisasi Dini Pasca Operasi Abdomen Terhadap Penyembuhan Luka didokumentasikan dalam Ners Jurnal Keperawatan Volume 7, No 2, Desember 2011:106-113 menyatakan bahwa pemberian mobilisasi sangat membantu percepatan penyembuhan luka operasi pada pasien yang melakukan operasi abdomen baik untuk yang melakukan bedah mayor maupun bedah minor. Sehingga penyembuhan bias sesuai dengan konsep teori serta lama rawatan menjadi memendek.
- b. Penelitian yang dilakukan oleh Wira Ditya, Asril Zahari, dan Afriwandi (2016) yang berjudul Hubungan Mobilisasi Dini Dengan Proses Penyembuhan Luka Pada Pasien Pasca Laparatomi yang terdokumentasi dalam Jurnal Kesehatan Andalas. 2016;5 (3)

menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara mobilisasi dini dengan proses penyembuhan luka pasca laparotomi.

D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pada pengkajian pasien BPH, kaji berapa lama keluhan hesistansi (mengejan untuk memulai urine), keluhan intermitensi (miksi berhenti dan kemudian lancar lagi), pancaran miksi lemah, keluhan miksi tidak puas, keluhan misi menetes, keluhan peningkatan frekuensi miksi, keluhan miksi sering pada malam hari, keluhan sangat ingin miksi dan keluhan rasa sakit sewaktu miksi mulai dirasakan. Kaji pengaruh gangguan fisik pada respon psikologis dan perencanaan pembedahan. Pada pengkajian sering didapatkan adanya kecemasan, gangguan konsep diri (gambaran diri) yang merupakan respon dari adanya penyakit dan rencana untuk dilakukan pembedahan (Muttaqin, 2014).

a. Data Demografi

Benigna Prostat Hiperplasia biasanya terjadi pada banyak pasien pria dengan usia diatas 50 tahun. (Smeltzer,S.C., dan Bare,B.G, 2001).

b. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Keluhan utama saat masuk ke RS

Keluhan utama pada gangguan system perkemihan meliputi :
keluhan sistemik, antara lain gangguan fungsi ginjal (sesak napas,

edema, malaise) atau demam disertai menggigil akibat infeksi/urosepsis. Keluhan lokal pada saluran perkemihan antara lain nyeri akibat kelainan pada aluran perkemihan, keluhan utama miksi (keluhan iritasi dan keluhan obstuksi), hematuria, inkontenesia, disfungsi seksual, atau infertilitas (Muttaqin, 2014)

b) Keluhan utama saat di kaji

Pada pengkajian post operasi keluhan yang mungkin dirasakan setelah operasi diantaranya nyeri pada luka post operasi, kemungkinan terjadinya pendarahan, cemas, dan resiko tinggi terjadinya infeksi (Brunner & Suddart, 2013)

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Mengidentifikasi riwayat kesehatan yang memiliki hubungan atau memperberat keadaan penyakit yang sedang diderita klien pada saat ini termasuk factor predisposisi penyakit dan kebiasaan-kebiasaan klien. Pada klien dengan BPH perlu ditanyakan riwayat penyakit infeksi saluran kemih sebelumnya seperti BAK keluar batu, riwayat penggunaan obat-obatan nefrotoksik, pernahkah menderita kencing manis, hipertensi (Prabowo, 2014).

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Perlu dikaji riwayat kesehatan keluarga yang mungkin terdapat penyakit system perkemihan, gangguan system reproduksi, riwayat penyakit keganasan/kanker, dan penyakit menular lainnya (Castiyan 2012).

c. Pola Aktivitas Sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Dikaji tentang frekuensi makan, jenis diit, porsi makan, riwayat alergi terhadap suatu jenis makanan tertentu, pada klien BPH biasanya terjadi penurunan napsu makan akibat mual karena rasa nyeri dapat menjadi stressor pada klien sehingga dapat meningkatkan produksi HCL dan dapat menyebabkan hambatan pada pusat lapar di hypothalamus.

Di kaji tentang frekuensi dan jenis minuman setiap hari. Minuman yang harus dihindari pada klien BPH yaitu minuman yang mengandung kafein dan alcohol, karena dapat meningkatkan diuresis sehingga kemungkinan sisa urine dapat bertambah banyak dalam kandung kemih (retensi urine) (Brunner 7 Suddarth, 2013).

2) Pola eliminasi

Frekuensi BAB, warna, bau, konsistensi feses dan keluhan klien yang berkaitan dengan BAB pada klien BPH biasanya terjadi konstipasi akibat protusi prostat kedalam rectum (Doenges, 2014).

3) Pola istirahat tidur

Waktu tidur, lamanya tidur setiap hari, apakah ada kesulitan tidur. Pada klien BPH terjadi nokturia dan hal ini mungkin mengganggu istirahat tidur klien (Brunner & Suddart, 2013).

4) Pola personal hygiene

Dikaji mengenai frekuensi mandi, keramas, gosok gigi, dan menggunting kuku. Pada klien BPH yang sudah mengalami komplikasi dan juga faktor usia yang sudah tua kemungkinan dalam perawatan dirinya tersebut memerlukan bantuan baik sebagian maupun total (Brunner & Suddart, 2013).

5) Pola mobilisasi fisik

Dikaji tentang kegiatan dalam pekerjaan, mobilisasi, olahraga, kegiatan di waktu luang dan apakah keluhan yang dirasakan klien mengganggu aktivitas klien tersebut (Brunner & Suddart, 2013).

a) Pemeriksaan fisik

(1) Sistem persarafan

Pada klien BPH baik pre dan post operasi terdapat rangsangan nyeri akibat obstruksi, retensi urine dan luka insisi. Tingkat kesadaran pada klien BPH komposmentis (Brunner & Suddart, 2013).

(2) Sistem pernafasan

Pada klien BPH dengan pre operasi dan post operasi dapat terjadi peningkatan frekuensi napas akibat nyeri dirasakan klien (Brunner & Suddart, 2013).

(3) Sistem pencernaan

Pada klien BPH dengan pre operasi dan post operasi terjadi mual dan muntah akibat dari penekanan lambung dan peningkatan (HCL) asam lambung (Brunner & Suddart, 2013).

(4) System kardiovaskuler

Pada klien BPH dengan pre operasi kaji tentang riwayat penyakit jantung dan hipertensi. Jika sudah ada kerusakan ginjal maka akan terjadi peningkatan tekanan darah dan nadi juga dapat terjadi bila klien merasa nyeri. Sedangkan post operasi dapat terjadi penurunan tekanan darah, peningkatan frekuensi nadi, anemis, dan pucat jika klien mengalami syok (Brunner & Suddart, 2013).

(5) System musculoskeletal

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

(6) Sistem Perkemihan

Pada klien BPH dengan pre operasi ditemukan peningkatan frekuensi BAK, nokturia, hematuria, nyeri pada saat BAK, urine keluar dengan menetes, retensi urine dan terdapat nyeri tekan pada area CVA serta terjadi pembesaran ginjal jika sudah terdapat kerusakan. Biasanya klien post operasi 1-5 hari

dipasan kateter dan irigasi kandung kemih kontinu (spooling) (Brunner & Suddarth, 2013).

(7) System endokrin

Pada klien BPH terjadi penurunan jumlah hormon testosterone (Brunner & Suddart, 2013).

(8) System integumen

Pada klien BPH dengan pre operasi dapat terjadi proses infeksi, sedangkan pada post operasi terdapat luka insisi jika dilakukan prostatektomi terbuka (Brunner & Suddarth, 2013).

(9) System 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).

b) Data Psikologis

Pada klien dengan post operasi prostatectomy akibat Benigna Prostat Hiperplasia cenderung ditemukan kecemasan yang meningkat, hal ini diakibatkan karena kurangnya pengetahuan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan. Perlu dikaji pandangan hidup klien terhadap segala tindakan keperawatan yang

klien jalani. Kaji ungkapan klien tentang ketidak mampuan koping dan perasaan negative tentang tubuh.

c) Data Sosial dan Budaya

Pada aspek ini perlu dikaji pola komunikasi dan interaksi interpersonal, gaya hidup, factor sosiokulutral serta keadaan lingkungan sekitar dan rumah. Klien dengan post operasi prostatectomy perlu dikaji apakah klien menjadi menarik diri dari interaksi social sehubungan dengan terjadinya perubahan pola eliminasi bagi klien yang terpasang kateter atau bahkan karena penurunan fungsi seksual.

d) Data Spiritual

Mengenai keyakinan terhadap Tuhan Yang Maha Esa, Penerimaan terhadap penyakitnya, keyakinan akan kesembuhan dan pelaksanaan seelum atau selama dirawat.

e) Data Seksual

Perlu dikaji mengenai adanya penurunan fungsi seksual sehubungan dengan proses penyakit. Klien dengan post open prostatectomy cenderung mengalami penurunan fungsi seksual karena adanya perubahan pola eliminasi dan adanya rasa nyeri.

f) Data Penunjang

(1) Sedimen urine diperiksa untuk mencari kemungkinan adanya proses infeksi atau infeksi pada saluran kemih. Pemeriksaan kultur urine berguna untuk mengetahui kuman penyebab infeksi

dan sensitivitas kuman terhadap beberapa antimikroba yang diujikan.

- (2) Pemeriksaan faal ginjal untuk mengetahui kemungkinan adanya penyulit yang mengenai saluran kemih bagian atas.
- (3) Pemeriksaan gula darah untuk mengidentifikasi kemungkinan adanya penyakit diabetes mellitus yang dapat menimbulkan kelainan persyarafan pada buli-buli
- (4) Foto polos perut untuk mengetahui kemungkinan adanya batu opak saluran kemih, adanya batu atau kalkulosa prostat, dan adanya bayangan buli-buli yang penuh dengan urine sebagai tanda reensi urine.
- (5) Pemeriksaan *Intra Venous Pyelography* (IVP) untuk mengetahui kemungkinan adanya kelainan pada ginjal maupun ureter berupa hidroureter atau hidronefrotis; memperkirakan besarnya kelenjar prostat yang ditunjukkan dengan adanya identasi prostat (pendesakan buli-buli oleh kelenjar prostat) atau ureter di bagian distal yang terbentuk seperti mata kail (*hook fish*); penyakit yang terjadi pada buli-buli yang adanya trabekulasi, divertikel, atau sakulasi buli-buli.
- (6) Pemeriksaan *Ultrasonography* (USG) transektal untuk mengetahui; besar atau volume kelenjar prostat, menentukab jumlah residual urine, dan mencari kelainan yang mungkin ada dalam buli-buli.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul setelah dilakukan analisa masalah sebagai hasil dari pengkajian. Secara garis besar, diagnosa keperawatan yang sering timbul pada pasien Post Operasi Benigna Prostat Hiperplasia menurut (Doengoes, 2014) :

- a. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan prosedur bedah dan atau tekanan dari balon kandung kemih.
- b. Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan obstruksi mekanik: bekuan darah, edema, trauma, prosedur bedah.
- c. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif : alat selama pembedahan, kateter, irigasi kandung kemih dan insisi bedah.
- d. Resiko tinggi terhadap kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan.
- e. Resiko tinggi terhadap disfungsi seksual berhubungan dengan situasi krisis (inkontinensia, kebocoran urine setelah pengangkatan kateter, keterlibatan area genital).
- f. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi.

3. Perencanaan

Adapun rencana keperawatan berdasarkan diagnose keperawatan menurut Doenges (2014) sebagai berikut :

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan prosedur bedah dan atau tekanan dari balon kandung kemih

1) Tujuan : Melaporkan nyeri hilang/terkontrol

Kriteria hasil : tampak rileks, tidur/istirahat dengan tepat.

Tabel 2.2 Intervensi dan Rasional Nyeri Akut

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 (biasanya 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, pengubahan 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	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
Berikan antipasmodik, contoh : oksibutinin klorida (Ditropan) : B&O.	
Suppositoria : Proatelin Bromida (Pro-Bantanin)	

- b. Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan obstruksi mekanik :
bekuan darah, edema, trauma, prosedur bedah.

- 1) Tujuan : berkemih dengan jumlah normal tanpa retensi.

Kriteria hasil : menunjukkan perilaku yang meningkatkan control
kandung kemih atau urinaria.

Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional Perubahan Eliminasi Urine

Intervensi	Rasional
Mandiri	
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 (nila ditoleransi) 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 keteter dilepas.	6. Mempertahankan hidrasi adekuat dan perfusi ginjal untuk aliran urine. Penjadwalan masukan cairan menurunkan kebutuhan berkemih atau gangguan tidur selama malam hari.

- | | |
|---|--|
| <p>7. Intruksi pasien untuk latihan parineal, contoh : mengencangkan, menghentikan dan memulai aliran urine.</p> <p>8. Anjurkan pasien bahwa penetasan diharapkan setelah kateter dilepas dan harus teratasi sesuai kemajuan.</p> | <p>7. Membantu meningkatkan control kandung kemih atau spingter atau urine meminimalkan inkontinensia.</p> <p>8. Informasi membantu pasien untuk menerima masalah. Fungsi normal dapat kembali dalam 2-3 minggu, terapi memerlukan sampai 8 bulan setelah pendekatan perineal.</p> |
|---|--|

Kolaborasi

Pertahankan irigasi kandung kemih kontinu, (continuous bladder irrigation/CBI) sesuai indikasi pada periode paska operasi.

Mencuci kandung kemih dari bekuan darah dan debris untuk mempertahankan patensi kateter atau aliran urine.

- c. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan prosedur invasif: alat selama pembedahan, kateter, irigasi kandung kemih dan insisi bedah.

- 1) Tujuan : mencapai waktu tujuan penyembuhan.

Kriteria hasil : tidak mengalami tanda infeksi.

Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional Resiko Tinggi Infeksi

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 bakteri, 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 suhubungan dengan peningkatan resiko infeksi pada prostatektomi.
---	--

d. Resiko tinggi terhadap kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan.

- 1) Tujuan : memperthankan hidrasi adekuat dibuktikan oleh tanda vital stabil, nadi perifer teraba, pengisian kapiler baik, membrane mukosa lembab dan kekurangan urine tepat.

Kriteria hasil : menunjukkan tidak ada perdarahan aktif

Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional Resiko Perdarahan

Intervensi	Rasional
Mandiri	
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

-
- | | |
|---|---|
| <p>3. Observasi drainase kateter, perhatikan perdarahan berlenihan dan berlanjut.</p> <p>4. Evaluasi warna, kontensitas urine, contoh :</p> <p>a. Merah terang dengan bekuan merah.</p> <p>b. Peningkatan viskositas, warna keruh gelap dengan bekuan gelap</p> <p>c. Perdarahan dengan tak ada bekuan.</p> <p>5. Inpeksi balutan atau luka darah. Timbang balutan bila diindikasikan. Perhatikan pembentukan hematoma.</p> <p>6. Awasi tanda vital, perhatikan peningkatan nadi, pernafasan, penurunan TD, diaphoresis, pucat, perlambatan pengisian kapiler, dan memberan mukosa kering.</p> <p>7. Selidiki kegelisahan, kacau mental, perubahan perilaku.</p> <p>8. Dorong pemasukan cairan 300 ml/hari kecuali kontraindikasi</p> <p>9. Hidrasi pengukuran suhu rektal dan menggunakan scalang rektal/enema</p> | <p>urine.</p> <p>3. Perdarahan tidak umum terjadi selama 24 jam pertama tetapi perlu pendekatan perineal. Perdarahan kontinu/berat atau berulangnya perdarahan aktif memerlukan intervensi/evaluasi medis.</p> <p>4. Menandakan bahwa :</p> <p>a. Biasanya mengindikasikan perdarahan arterial dan memerlukan terapi cepat.</p> <p>b. Menunjukkan perdarahan dari vena (perdarahan dari vena (perdarahan yang paling umum) biasanya berkurang sendiri.</p> <p>c. Dapat mengindikasikan diskrasia darah atau masalah pembekuan sistemik.</p> <p>5. Perdarahan dapat dibuktikan atau disingkirkan dalam jaringan perineum.</p> <p>6. Dehidrasi/ hypovolemia memerlukan intervensi cepat untuk mencegah berlanjutnya ke syok, hipertensi, bradikardi, mual/muntah menunjukkan "syndrome TURP" memerlukan</p> <p>7. Dapat menunjukkan penurunan perfusi serebral (hypovolemia) atau indikasi edema serebral karena kelebihan cairan selama prosedur TURP.</p> <p>8. Membilas ginjal/ kandung kemih dari bakteri dan debris tetapi dapat mengakibatkan intiksikasi cairan/kelebihan cairan bila tidak diawasi dengan ketat.</p> <p>9. Dapat mengakibatkan penyebaran iritasi terhadap dasarprostat dan penigkatan tekanan kapsul prostat dengan resiko perdarahan.</p> |
|---|---|
-

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

- e. Resiko tinggi terhadap disfungsi seksual berhubungan dengan situasi krisis (inkontinensia, kobocoran urine setelah pengangkatan kateter, keterlibatan area genital).

1) Tujuan : tampak rileks dan melaporkan ansietas menurun sampai tingkat dapat diatasi.

Kriteria hasil : menyatakan pemahaman situasu individual, menunjukkan keterampilan pemecahan masalah.

Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional Resiko Disfungsi Seksual

Intevensi	Rasional
<p>Mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan keterbukaan pada pasien atau orang terdekat untuk membicarakan tentang masalah inkontinensia dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dapat mengalami ansietas tentang efek bedah dan dapat mempengaruhi kemampuan untuk menerima informasi yang

fungsi seksual.	diberikan sebelumnya.
2. Berdasarkan informasi akurat tentang harapan kembalinya fungsi seksual.	2. Impotensi fisiologis terjadi bila syaraf perineak dipotong selama prosedur radikal; pada pendekatan lain, aktivitas seksual dapat dilakukan seperti biasa dalam 6-8 minggu. Catatan: prosentase penis dapat dianjurkan setelah prosedur perineal radikal.
3. Diskusikan dasar anatomi. Jujur dalam menjawab pertanyaan pasien.	3. Syaraf pleksus mengontrol aliran secara posterior keprostat melalui kapsul. Pada prosedur yang tidak melibatkan kapsul prostat, impoten dan sterilitas biasanya tidak menjadi konsekuensi. Prosedur bedah mungkin tidak memberikan pengobatan permanen, dan hipertropi dapat berulang.
4. Diskusikan ejakulasi retrograde bila pendekatan transurethral atau suprapubik digunakan.	4. Cairan seminal mengalir dalam kandung kemih dan disekresikan melalui urine. Ini tidak mempengaruhi fungsi seksual tetapi akan menurunkan kesuburan dan menyebabkan urine keruh.
5. Intruksikan latihan perineal dan interupsi atau kontinu aliran urine.	5. Meningkatkan peningkatan control otot kontinensia urinaria dan fungsi seksual. Masalah menetap atau tidak teratasi memerlukan intervensi profesional.

Kolaborasi

Rujuk ke penasehat seksual sesuai indikasi

- f. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi.
- 1) Tujuan : melakukan dengan benar prosedur yang perlu dan menjalaskan alasan tindakan.

Kriteria hasil : melakukan dengan benar prosedur yang perlu dan menjelaskan alasan tindakan.

Tabel 2.7 Intervensi dan Rasional Kurang Pengetahuan

Intervensi	Rasional
Mandiri	
1. Kaji implikasi prosedur dan harapan masa depan.	1. Memberikan dasar pengetahuan dimana pasien dapat membuat pilihan informasi.
2. Telkankan paerlunya nutrisi yang baik : dorong konsumsi buah, meningkatkan diet tingi serat.	2. Meningkatkan penyembuhan dan mencegah komplikasi menurunkan resiko perdarahan pasca operasi.
3. Diskusikan pembatasan aktifitas awal, menghindari mengangkat berat, latihan keras, duduk atau mengendarai mobil terlalu lama, memanjat lebih dari dua tingkat tangga sekaligus.	3. Peningkatan tekanan abdominal atau meningkatkan stress pada kandung kemih dan prostat, menimbulkan resiko perdarahan.
4. Dorong kesinambungan latihan perineal.	4. Membantu kontrol urinaria dan menghilangkan inkontinensia.
5. Intruksikan perawatan kateter urine bila ada identifikasi sumber alat atau dukungan.	5. Meningkatkan kemandirian dan kompetensi dalam perawatan diri.
6. Kaji ulang tanda atau gejala yang memerlukan evaluasi medis contoh eritema, drainase purulent dari luka; perubahan dari kateter atau jumlah urine, adanya dorongan atau frekuensi; perdarahan berat demam atau mengigil.	6. Intervensi cepat dapat mencegah komplikasi serius. Catatan : urine tampak keruh beberapa minggu sampai penyembuhan pasca operasi terjadi dan tampak keruh setelah koitu karena ejakulasi retrograde.