

## BAB 3

### TINJAUAN KASUS

Pada tinjauan kasus ini, akan diuraikan tentang asuhan keperawatan pada klien pre operasi

#### 3.1. Pengkajian

Pre Operasi : Dilakukan pada tanggal 23 Juli 2012 jam 20.00 WIB

Post Operasi : Dilakukan pada tanggal 24 Juli 2012 jam 11.30 WIB

##### 1. Identitas

Nama : Tn. A

Jenis Kelamin : Laki-laki

Umur : 70 tahun

Suku Bangsa : Indonesia / Madura

Pekerjaan : Tidak bekerja

Pendidikan : SD

Alamat : Jl. Hangtuah 7/43 Surabaya

Ruang : Bedah

No. Register : 242100

Tanggal MRS : 23 Juli 2012 jam 15.00 WIB

Diagnosa Medis : *Benigna Prostat Hiperplasia* (BPH) dengan Tindakan  
Open Prostatektomi Suprapubik

## 2. Keluhan Utama

### Pre Operasi

Klien mengeluh tidak bisa kencing secara normal

### Post Operasi

Klien mengatakan terasa nyeri pada luka operasinya

## 3. Riwayat Kesehatan

### a. Riwayat Penyakit Sekarang

#### Pre Operasi

Keluarga klien mengatakan ± 4 bulan yang lalu Tn. A mengeluh susah kencing, terasa nyeri saat kencing, sering kencing di malam hari, dan kencing terasa tidak puas. Kemudian klien periksa ke RS Karang Tembok dan didiagnosa BPH. Klien dirujuk ke RSUD dr. M. Soewandhie untuk operasi dan di pasang selang kateter. Klien rutin kontrol ke RS untuk mengganti selang kateter setiap 2 minggu sekali. Klien dijadwalkan operasi pada tanggal 24 Juli 2012. Tanggal 23 Juli 2012 klien masuk ruang rawat inap bedah RSUD dr. M. Soewandhie dan diobservasi TD: 120/80 mmHg, nadi 92x/m, suhu 36<sup>3</sup>°c, RR 20x/m

#### Post Operasi

Tn. A dengan diagnosa medis BPH (Benigna Prostat Hiperplasi) dilakukan tindakan operasi open prostatektomi suprapubik pada tanggal 24 Juli 2012. Klien masuk ruang OK pada pukul 08.00 WIB. Pada intra operatif didapatkan prostat membesar dengan grade III volume ± 100 cc., tidak ada nodul dan infiltrasi kulit. Perdarahan ± 100 cc. Klien keluar dari ruang OK pada pukul 10.00, observasi di RR tekanan darah 120/70

mmHg, nadi 96x/menit, suhu 36<sup>2</sup>°C, pernapasan 24x/menit. Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, GCS 456, terpasang infus Asering (sisa dari ruang OK)

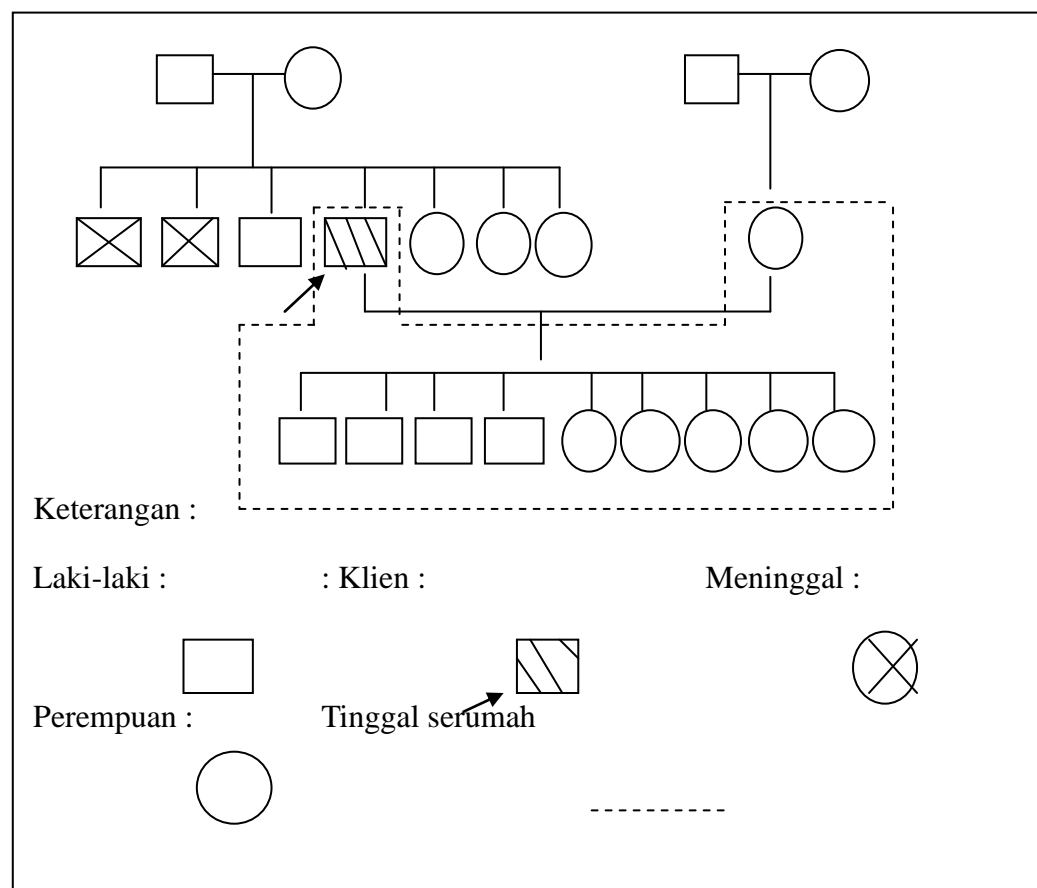
b. Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit yang berhubungan dengan saluran perkemihan sebelumnya, klien tidak mempunyai riwayat pembedahan. Klien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan stroke ± 1 tahun yang lalu. Klien rutin kontrol dan sekarang sudah sembuh.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit yang sama seperti yang diderita Tn. A, dan tidak ada yang menderita hipertensi atau stroke.

Genogram



## Pola Fungsi Kesehatan

### a. Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

#### Pre Operasi

Keluarga klien mengatakan Tn. A tidak ada kebiasaan merokok dan minum minuman beralkohol, jika klien sakit periksa ke RS terdekat.

Klien biasa mandi 2 kali sehari, cuci rambut 2 hari sekali, sikat gigi 2 kali sehari. Saat di RS keluarga klien mengatakan Tn. A belum melakukan kegiatan membersihkan diri seperti mandi, cuci rambut dan sikat gigi.

#### Post Operasi

Klien baru kembali dari ruang OK dan belum melakukan kegiatan membersihkan diri seperti mandi, cuci rambut, dan sikat gigi.

### b. Pola Nutrisi dan Metabolisme

#### Pre Operasi

Keluarga klien mengatakan Tn. A biasa makan 3 kali sehari dengan porsi makan 1 piring selalu habis, jenis makanan yang di makan yaitu nasi, sayur, lauk, dan buah. Tn. A tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan. Klien biasa minum air putih  $\pm$  1500 cc perhari. Saat di RS klien makan malam dengan diet TKTP  $\pm$  5 sendok makan, minum dari jam 15.00 – 20.00  $\pm$  600cc. BB Tn. A : 60 kg

#### Status Gizi

IMT :  $60 \text{ (kg)} / 1,63 \times 1,63 \text{ (m)} = 22,6 \text{ (normal)}$

#### Keseimbangan cairan

#### *Intake*

- Minum : 600 cc

- Makan : 300 cc

*Total Intake : 900 cc*

*Output*

- Urine : 700 cc

- IWL : 180 cc

*Total Output : 880cc*

Post Operasi

Klien dalam kondisi masih berpuasa, tidak ada makanan ataupun minuman yang masuk.

c. Pola Eliminasi

1) Eliminasi Alvi

Pre Operasi

Keluarga klien mengatakan Tn. A tidak rutin BAB, terkadang 2-3 hari sekali, konsistensi agak keras dan berwarna coklat. Keluarga klien mengatakan Tn. A belum BAB saat MRS

Post Operasi

Klien belum BAB

2) Eliminasi Uri

Pre Operasi

Keluarga klien mengatakan Tn. A terpasang selang kateter sejak 2 bulan yang lalu. Produksi urine tampung  $\pm$  2000cc perhari, warna kuning, dan berbau khas urine. Saat di RS urine tampung dari jam 15.00-20.00  $\pm$  700cc warna kuning keruh.

#### Post Operasi

Klien terpasang folley kateter dengan ukuran 24 dan terpasang irigasi dengan spooling PZ di fiksasi di paha sebelah kanan sebagai traksi.

#### d. Pola Istirahat dan tidur

##### Pre Operasi

Keluarga klien mengatakan Tn. A biasa tidur malam  $\pm$  4 jam dan tidur siang  $\pm$  2 jam, Tn. A tidak memiliki kebiasaan khusus sebelum tidur. Tidak ada kebiasaan mengigau saat tidur. Semenjak MRS klien belum tidur

##### Post Operasi

Klien belum menjalani istirahat tidur sejak post operasi

#### e. Pola Aktivitas dan Latihan

##### Pre Operasi

Keluarga klien mengatakan Tn. A sehari-harinya tidak bekerja, klien hanya beraktifitas di rumah. Tn. A jarang berolah raga, hanya kadang-kadang berjalan di sekitar rumah. Saat di RS klien hanya berbaring di tempat tidur.

##### Post Operasi

Klien hanya berbaring di tempat tidur, meminta bantuan jika membutuhkan sesuatu, klien mengeluh pinggang terasa panas ingin miring ke kanan dan kiri, tetapi jika digerakkan terasa sakit

f. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pre Operasi

1) Gambaran Diri

Klien tidak merasa malu dengan penyakit yang dideritanya saat ini

2) Harga Diri

Klien merasa sudah menjaga kesehatannya semaksimal mungkin, penyakit memang datangnya dari Allah SWT.

3) Ideal Diri

Klien berharap cepat sembuh agar bisa kembali pulih dan berkumpul bersama keluarganya lagi.

4) Peran

Klien berperan sebagai suami dari seorang istri dan ayah dari 9 orang anak

5) Identitas Diri

Klien dapat menyebutkan identitasnya dengan benar, yaitu nama : Tn. A, Usia 70 tahun, mempunyai 1 istri dan 9 anak, dan klien tidak bekerja.

Post Operasi

Pada pengkajian post operasi pola persepsi dan konsep diri klien tidak mengalami perubahan dari pada pre operasi

g. Pola Sensori dan Kognitif

1) Sensori

Pre Operasi

5 panca indra klien dalam kondisi baik atau normal, klien dapat

berbicara dengan lancar

Post Operasi

5 panca indra klien baik/normal, klien mengeluh nyeri pada luka post operasi di perut bagian bawah dengan panjang luka  $\pm$  10 cm. Klien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala 9.

## 2) Kognitif

Pre Operasi

Orientasi klien terhadap waktu dan lingkungan baik, klien mengerti apa yang di maksud dengan BPH dan mengetahui bahwa BPH dapat terjadi karena faktor usia. Keluarga mengatakan klien sering mengatakan takut untuk dioperasi, klien bertanya berapa lama operasi akan berjalan, dan takut tidak sembuh walaupun sudah dioperasi.

Post Operasi

Klien dan keluarga mengetahui bahwa cara perawatan pasca operasi adalah dengan menjaga luka agar tidak sampai terkena air dan menjaga agar balutan tetap bersih.

## h. Pola Reproduksi Seksual

Pre Operasi

Keluarga klien mengatakan Tn. A lupa pada usia berapa klien sirkumsisi dan mimpi basah. Klien tidak menggunakan alat kontrasepsi.

Post Operasi

Hasil pengkajian pada post operasi sama dengan saat pre operasi



i. Pola Hubungan dan Peran

Pre Operasi

Keluarga klien mengatakan hubungan Tn. A dengan keluarganya terjalin dengan harmonis dan baik dengan masyarakat sekitar. Klien menggunakan bahasa madura dalam komunikasi sehari-harinya.

Post Operasi

Tn. A dapat menjalin komunikasi dan hubungan baik dengan teman sekamarnya.

j. Pola Penanggulangan Stres

Pre Operasi

Keluarga klien mengatakan apabila Tn. A ada masalah pasti akan membicarakannya dengan keluarga.

Post Operasi

Semua yang ada pada perasakan klien selalu ditumpahkan pada istrinya.

k. Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Pre Operasi

Tn. A beragama islam, sehari-hari melaksanakan shalat 5 waktu. Saat di RS klien sempat melaksanakan shalat wajibnya. Klien dan keluarganya meyakini sakit yang dideritanya adalah cobaan dari Allah SWT.

Post Operasi

Klien tidak mampu melakukan shalat wajib karena kondisinya yang masih lemah pasca operasi prostatektomi

#### 4. Pemeriksaan Fisik

##### a. Status Kesehatan Umum

###### *Keadaan Penyakit*

Pre Operasi : Sedang, Post Operasi : Sedang

###### *Kesadaran*

Pre Operasi : Compos Mentis, Post Operasi : Compos  
Mentis

###### *Suara Bicara*

Pre Operasi : Jelas, Post Operasi : Jelas

###### *Pernapasan*

Pre Operasi

Frekwensi 20x/menit, irama reguler, tipe pernapasan eupneu, kedalaman dangkal

Post Operasi

Frekwensi 24x/menit, irama reguler, tipe pernapasan eupneu, kedalaman dangkal

###### *Suhu Tubuh*

Pre Operasi :  $36^{\circ}\text{C}$ , Post Operasi :  $36^{\circ}\text{C}$

###### *Nadi*

Pre Operasi : Frekwensi 92x/menit, irama reguler, kualitas kuat

Post Operasi : Frekwensi 92x/menit, irama reguler, kualitas kuat

###### *Tekanan Darah*

Pre Operasi : 130/80 mmHg, Post Operasi : 120/80 mmHg

b. Kepala

Pre Operasi

Rambut warna putih lurus, keadaan kulit kepala bersih tidak ada ketombe, tidak ada benjolan di kepala, tidak ada nyeri tekan

Post Operasi

Pengkajian post operasi pada kepala tidak ditemukan masalah, hasil sama dengan pada saat pre operasi

c. Muka

Pre Operasi

Raut muka tampak tegang, bersih, tidak ada sembab, tidak ada lesi dan edema

Post Operasi

Raut muka klien tegang, menyeringai kesakitan karena nyeri yang dirasakan, dan terkadang klien menangis

d. Mata

Mata simetris, bersih tidak ada sekret, tidak ada ptosis, tidak ada perdarahan, reflek pupil terhadap cahaya bagus, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterus, pergerakan bola mata simetris, di palpasi tekanan bola mata kanan dan kiri sama, dan tidak ada nyeri tekan

Post Operasi

Hasil kajian yang ditemukan sama dengan pada saat pre operasi

e. Telinga

Pre Operasi

Pendengaran klien normal, telinga simetris, bentuk dan ukuran kanan dan kiri sama, lubang telinga tampak kotor, tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada massa.

Post Operasi

Hasil kajian yang ditemukan sama dengan pada saat pre operasi

f. Hidung

Pre Operasi

Septum nasi deviasi, lubang hidung bersih tidak ada sekret, tidak ada epistaksis, tidak ada polip, mukosa hidung lembab, tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada pernapasan cuping hidung.

Post Operasi

Hasil kajian yang ditemukan sama dengan pada saat pre operasi

g. Mulut dan Faring

Pre Operasi

Keadaan bibir dan mukosa mulut lembab, tidak ada sariawan, warna gigi putih, gigi tidak lengkap, tidak memakai gigi palsu, gusi tidak bengkak, tidak ada ulkus lidah

Post Operasi

Keadaan membran mukosa lembab, tidak ada perdarahan, tidak ada sariawan.

h. Leher

Pre Operasi

Tidak ada bengkak, tidak ada jaringan parut, tidak ada pembesaran vena jugularis, denyut nadi carotis terasa, tidak ada kaku kuduk

### Post Operasi

Hasil kajian yang ditemukan sama dengan pada saat pre operasi

#### i. Thorak

##### Pre Operasi

Bentuk dada tampak normal, simetris, tidak ada luka, gerakan dada: frekwensi 24x/menit, irama reguler, ictus cordis tidak tampak. Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, ictus cordis teraba di ics 5 dan 6, vokal vremitus pergerakan dada sama. Diperkusi suara normal atau sonor dan tidak ada suara nafas tambahan

##### Post Operasi

Bentuk dada tampak normal, simetris, tidak ada luka, gerakan dada: frekwensi 24x/menit, irama reguler, ictus cordis tidak tampak. Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, ictus cordis teraba di ics 5 dan 6, vokal vremitus pergerakan dada sama. Diperkusi suara normal atau sonor, auskultasi tidak ada suara nafas tambahan

#### j. Abdomen

##### Pre Operasi

Tidak tampak adanya pembesaran perut (asites), tidak ada luka, warna sawo matang, tidak ada jaringan parut, gerakan dinding usus tidak terlihat. Dipalpasi tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada massa. Diperkusi suara normal atau timpani bising usus  $\pm$  10 kali permenit

k. Inguinal, genital, dan Anus

Pre Operasi

Klien terpasang dower kateter, daerah genital dan anus bersih, tidak ada nyeri tekan dan nodul, tidak ada lesi

Post Operasi

Klien terpasang folley kateter ukuran 24 dan terpasang spooling PZ serta traksi. Terdapat luka post operasi di daerah inguinal. Anus tampak bersih.

l. Integumen

Pre Operasi

Warna kulit sawo matang, tidak ada ikterus, tidak ada rash, kulit tubuh lembab, tekstur elastis, akral hangat, CRT < 2 detik, tidak ada peningkatan suhu tubuh

Post Operasi

Warna kulit sawo matang, akral hangat, CRT < 2 detik, tekstur elastis, tidak ada peningkatan suhu tubuh

m. Ekstremitas dan Neurologis

Pre Operasi

Pada tulang ekstremitas tidak ada fraktur, tidak ada edema pada ekstremitas.

Tingkat kesadaran compos mentis, GCS 456, tidak ada kaku kuduk, tidak ada refleks patologis kernig dan brudzinski.

Post Operasi

Pada tulang ekstremitas tidak ada fraktur, tidak ada edema ekstremitas.

Tingkat kesadaran compos mentis, GCS 456, tidak ada kaku kuduk, tidak ada refleks patologis kernig dan brudzinski.

## 5. Pemeriksaan Penunjang

### a. Pemeriksaan Laboratorium

#### Pre Operasi

Tanggal 4 April 2012

PPT	: 11,5 dt	Monocyte	: 15,9 %
KPTT	: 23,9 dt	Trombocyte	: 227.000cmm
Hemoglobin	: 14,6 gr%	SGOT	: 23
Hematokrit	: 42,5 %		mmol/L
Leukosit	: 4,140 /cmm	SGPT	: 34 mmol/L
LED	: 69 mm	BUN	: 27 mg/dl
Eosinophil	: 13,0 %	Kreatinin	: 2,0 mg/dl
Neutrophil	: 28,8 %	GDA	: 141
Lymphocyte	: 41,8 %		

#### Post Operasi

Tanggal 24 Juli 2012

#### DL

Hemoglobin	: 10,3 gr %		
Hematokrit	: 31,1 %		
Leukosit	: 14.710/cmm	Basophil	: 0,1 %
LED	: 0 mm	Neutrophil	: 83,8 %
Eosinophil	: 0,3 %	Lymphocyte	: 7,6 %
		Monocyte	: 8,2 %

Trombocyte :269.000cmm



b. USG

Pre Operasi

Tanggal 4 Mei 2012

Kesimpulan : Hipertrophy prostat (vol 65,21 ml)

Prostat ukuran 5,10 x 5,06 x 4,83cm

c. Terapi

Pre Operasi

Belum ada terapi obat-obatan

Post Operasi

Ceftazidime 3 x 1 gr/iv, Transamin 3 x 500 mg/iv, Ketorolac 3 x 30 mg/iv, Ranitidine 2 x 50 mg/iv, Infus RD5 1500 cc/24 jam.

### 3.2. Analisa Data

Setelah pengumpulan data di atas kemudian dikelompokkan sehingga di dapat suatu masalah sebagai berikut:

Pre Operasi

1. *Kelompok Data Pertama*

Tanggal 23 Juli 2012 jam 20.00

a. Data Subyektif

Keluarga mengatakan klien sering mengatakan takut untuk dioperasi, klien bertanya berapa lama operasi akan berjalan, dan takut tidak sembuh walaupun sudah dioperasi.

b. Data Obyektif

Raut muka tampak tegang dan gelisah, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 92x/menit, RR 20x/menit, suhu 36<sup>3</sup>°C

- c. Masalah  
    Ansietas
- d. Kemungkinan Penyebab  
    Prosedur pembedahan

#### Post Operasi

##### 1. *Kelompok Data Pertama*

Tanggal 24 Juli 2012 jam 12.00

##### a. Data Subyektif

Klien mengatakan terasa nyeri pada luka operasinya di perut bagian bawah

P: nyeri terjadi karena terputusnya kontinuitas jaringan akibat prosedur pembedahan

Q: Rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk benda tajam

R: Nyeri dirasakan di daerah perut bagian bawah

S: Skala nyeri 9

T: Nyeri terasa sepanjang waktu

##### b. Data Obyektif

Keadaan umum klien lemah, kesadaran kompos mentis, GCS 4/5/6, tampak adanya luka post operasi open prostatektomi suprapubik dengan panjang  $\pm$  10 cm, klien tampak menyeringai kesakitan dan terkadang menangis. Observasi tanda-tanda vital tekanan darah 120/70 mmHg, suhu  $36^{\circ}\text{C}$ , nadi 92x/menit, pernapasan 24x/menit.

- c. Masalah  
    Nyeri Akut

d. Kemungkinan Penyebab

Terputusnya kontinuitas jaringan karena prosedur pembedahan dan traksi kateter

2. *Kelompok Data Kedua*

Tanggal 24 Juli 2012 jam 12.00

a. Data Subyektif

Tidak terkaji

b. Data Obyektif

Klien tampak terpasang foley kateter ukuran 24 dengan spooling PZ 1700 cc dan traksi kateter. Urine tampung 2100 cc warna kuning kecoklatan.

c. Masalah

Perubahan eliminasi urine

d. Kemungkinan Penyebab

Prosedur pembedahan dan irigasi kandung kemih

3. *Kelompok Data Ketiga*

Tanggal 24 Juli 2012 jam 12.00

a. Data Subyektif

Klien mengatakan pinggang terasa panas, rasanya ingin miring kanan dan kiri, kalau digerakkan terasa sakit.

b. Data Obyektif

Klien tampak terpasang foley kateter dengan ukuran 24, spooling kateter dengan PZ dan traksi di paha kanan, serta terpasang infus pada tangan kanan. Klien tampak menyeringai kesakitan.

c. Masalah

Gangguan Mobilitas Fisik

d. Kemungkinan Penyebab

Terpasangnya alat-alat perawatan (folley kateter dan infus)

4. *Kelompok Data Keempat*

Tanggal 24 Juli 2012 jam 12.00

a. Data Subyektif

Tidak terkaji

b. Data Obyektif

Tampak adanya luka post operasi open prostatektomi suprapubik di daerah suprapubik dengan panjang  $\pm 10$  cm. Tidak tampak adanya rembesan darah.

c. Masalah

Resiko Infeksi

d. Kemungkinan Penyebab

Adanya luka post operasi open prostatektomi suprapubik

5. *Kelompok Data Kelima*

Tanggal 24 Juli 2012 jam 12.00

a. Data Subyektif

Tidak Terkaji

b. Data Obyektif

Observasi tanda-tanda vital tekanan darah 120/80 mmHg, suhu  $36^{\circ}\text{C}$ , nadi 92x/menit, pernapasan 24x/menit, akral hangat, membran mukosa lembab. Klien tampak terpasang drain dengan produksi 20 cc warna

merah terang, produksi urine 2100 cc warna kuning kecoklatan

c. Masalah

Resiko kekurangan volume cairan

d. Kemungkinan Penyebab

Kesulitan mengontrol perdarahan

6. *Kelompok Data Keenam*

Tanggal 25 Juli jam 08.00

a. Data Subyektif

Klien mengatakan semalam tidak bisa tidur karena nyeri yang dirasakan pada luka post operasi. Tidur  $\pm$  2 jam dan mudah terbangun.

b. Data Obyektif

Klien tampak lemas, mata bagian bawah tampak sedikit kehitaman dan sayup. Observasi tanda0tanda vital tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 100x/menit, suhu  $36^{2\circ}$  C, pernapasan 24x/menit

c. Masalah

Gangguan pola tidur

d. Kemungkinan Penyebab

Nyeri

### 3.3. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisa data di atas dapat dirumuskan beberapa diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn. A adalah:

Pre Operasi

1. Ansietas berhubungan dengan prosedur pembedahan yang ditandai dengan

raut muka tampak tegang, keluarga mengatakan klien sering mengatakan takut untuk dioperasi, klien bertanya berapa lama operasi akan berjalan, dan takut tidak sembuh walaupun sudah dioperasi

#### Post Operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan karena prosedur pembedahan dan traksi kateter yang ditandai dengan klien mengatakan terasa nyeri pada luka operasinya di perut bagian bawah, rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk benda tajam, skala nyeri 9, nyeri terasa sepanjang waktu, keadaan umum klien lemah, kesadaran kompos mentis, GCS 4/5/6, tampak adanya luka post operasi open prostatektomi suprapubik dengan panjang  $\pm$  10 cm, observasi tanda-tanda vital tekanan darah 120/70 mmHg, suhu  $36^{\circ}\text{C}$ , nadi 92x/menit, pernapasan 24x/menit.
2. Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan prosedur pembedahan dan irigasi kandung kemih yang ditandai dengan klien tampak terpasang folley kateter ukuran 24 dengan spooling PZ 1700 cc dan traksi kateter. Urine tampung 2100 cc warna kuning kecoklatan
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan terpasangnya alat-alat perawatan (folley kateter dan infus) yang ditandai dengan klien mengatakan pinggang terasa panas, rasanya ingin miring kanan dan kiri, kalau digerakkan terasa sakit, klien tampak terpasang folley kateter dengan ukuran 24, spooling kateter dengan PZ dan traksi di paha kanan, serta terpasang infus pada tangan kanan. Klien tampak menyeringai kesakitan.
4. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post operasi open prostatektomi suprapubik yang ditandai dengan tampak adanya luka post

operasi open prostatektomi suprapubik di daerah inguinalis dengan panjang  $\pm$  10 cm. Tidak tampak adanya rembesan darah

5. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kesulitan mengontrol perdarahan yang ditandai dengan observasi tanda-tanda vital tekanan darah 120/80 mmHg, suhu  $36^{\circ}\text{C}$ , nadi 92x/menit, pernapasan 24x/menit, akral hangat, membran mukosa lembab. Klien tampak terpasang drain dengan produksi 20 cc warna merah terang, produksi urine 2100 cc warna kuning kecoklatan.
6. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri yang ditandai dengan klien mengatakan semalam tidak bisa tidur karena nyeri yang dirasakan pada luka post operasi. Tidur  $\pm$  2 jam dan mudah terbangun. Klien tampak lemas, mata bagian bawah tampak sedikit kehitaman dan sayup. Observasi tanda-tanda vital tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 100x/menit, suhu  $36^{\circ}\text{C}$ , pernapasan 24x/menit

### **3.4. Rencana Keperawatan**

Tahap perencanaan di bawah ini disusun berdasarkan urutan prioritas masalah yaitu :

Pre Operasi

1. Diagnosa Keperawatan 1

Ansietas berhubungan dengan prosedur pembedahan

Tanggal 23 Juli 2012

- a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 1 x 24 jam rasa cemas dapat berkurang atau hilang.

b. Kriteria Hasil

Wajah tampak rileks, menunjukkan perasaan dan penurunan rasa takut, melaporkan cemas menurun

c. Rencana Tindakan

- 1) Bina hubungan saling percaya dengan klien/orang terdekat

Rasional

Hubungan saling percaya dapat membuat klien/orang terdekatnya menjadi kooperatif

- 2) Berikan kesempatan pada klien/orang terdekat untuk mengungkapkan perasaannya

Rasional

Eksplorasi perasaan dapat mengurangi ketegangan

- 3) Berikan informasi tentang prosedur dan apa yang akan terjadi.

Ketahui seberapa banyak informasi yang diinginkan klien.

Rasional

Membantu klien memahami tujuan dari apa yang dilakukan, dan mengurangi masalah karena ketidaktahuan.

- 4) Ajak klien untuk mengadakan pendekatan spritual sesuai dengan kemampuan dan situasi

Rasional

Mengurangi ketakutan/kecemasan. upaya menenangkan jiwa.

- 5) Beri penguatan informasi kepada klien yang telah diberikan sebelumnya

Rasional



Memungkinkan klien untuk menerima kenyataan dan menguatkan kepercayaan pada pemberi perawatan serta pemberian informasi.

#### Post Operasi

##### 1. Diagnosa Keperawatan 1

Tanggal 24 Juli 2012

Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan karena prosedur pembedahan dan traksi kateter.

###### a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3x24 jam nyeri dapat berkurang atau hilang

###### b. Kriteria Hasil

- 1) Klien tampak tenang dan rileks
- 2) Skala nyeri menurun
- 3) Tanda-tanda vital dalam batas normal

Tekanan darah 12/80 mmHg, nadi 60-100x/menit, pernapasan 16-20x/menit

###### c. Rencana Tindakan

- 1) Kaji nyeri, perhatikan lokasi dan intensitas nyeri

Rasional

Mengetahui tingkatan nyeri yang dirasakan klien dan memudahkan dalam memeberikan tindakan.

- 2) Observasi tanda-tanda vital

Rasional

Membantu mengkaji keadaan klien

- 3) Pertahankan patensi kateter dan sistem drainase. Pertahankan selang bebas dari lekukan dan bekuan.

Rasional

Mempertahankan fungsi kateter dan drainase sistem dapat menurunkan resiko distensi/spasme kandung kemih.

- 4) Tingkatkan pemasukan sampai 3000 ml/hari sesuai toleransi

Rasional

Menurunkan iritasi dengan mempertahankan aliran cairan konstan ke mukosa kandung kemih.

- 5) Berikan klien informasi akurat tentang kateter, drainase, dan spasme kandung kemih.

Rasional

Menghilangkan ansietas dan meningkatkan kerja sama dengan prosedur tertentu.

- 6) Berikan tindakan kenyamanan (sentuhan terapiutik, perubahan posisi, pijatan punggung) dan aktivitas terapiutik. Dorong penggunaan teknik relaksasi, termasuk latihan napas dalam, visualisasi, pedoman imajinasi.

Rasional

Menurunkan tegangan otot, memfokuskan kembali perhatian, dan dapat meningkatkan kemampuan koping.

- 7) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antispasmodik dan analgesik

Rasional

Antispasmodik menghilangkan spasme kandung kemih dan analgesik untuk mengurangi rasa nyeri.

## 2. Diagnosa Keperawatan 2

Tanggal 24 Juli 2012

Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan prosedur pembedahan dan irigasi kandung kemih

### a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3x24 jam klien mampu berkemih dalam jumlah normal tanpa retensi.

### b. Kriteria Hasil

- 1) Klien dapat berkemih secara normal
- 2) Tidak terjadi retensi urine

### c. Rencana Tindakan

- 1) Kaji haluaran urine dan sistem kateter/drainase, khususnya selama irigasi kandung kemih

Rasional

Retensi dapat terjadi karena edema area bedah, bekuan darah, dan spasme kandung kemih

- 2) Perhatikan waktu, jumlah berkemih, dan ukuran aliran setelah kateter dilepas. Perhatikan keluhan rasa penuh kandung kemih, ketidakmampuan berkemih, urgensi.

Rasional

Kateter biasanya dilepas 2-5 hari setelah bedah, tetapi berkemih dapat

berlanjut menjadi masalah untuk beberapa waktu karena edema uretral dan kehilangan tonus.

- 3) Dorong klien untuk berkemih bila terasa dorongan tetapi tidak lebih dari 2-4 jam per protokol.

Rasional

Berkemih dengan dorongan mencegah retensi urine

- 4) Ukur volume residual urine

Rasional

Mengawasi keefektifan pengosongan kandung kemih

- 5) Dorong pemasukan cairan 3000 ml sesuai toleransi. Batasi cairan pada malam, setelah kateter dilepas.

Rasional

Mempertahankan hidrasi adekuat dan perfusi ginjal untuk aliran urine.

- 6) Pertahankan irigasi kandung kemih kontinu sesuai indikasi pada periode pascaoperasi dini.

Rasional

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

### 3. Diagnosa Keperawatan 3

Tanggal 24 Juli 2012

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan terpasangnya alat-alat perawatan (folley kateter dan infus)

#### a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 24 jam tidak

terjadi gangguan aktivitas (gerak)

b. Kriteria Hasil

Setelah kateter/ traksi dilepas/ dikendorkan klien dapat melakukan mobilisasi

c. Rencana Tindakan

1) Beri penjelasan kepada klien tentang prosedur perawatan yang ditetapkan

Rasional

Pengetahuan yang adekuat dapat menimbulkan sikap kooperatif

2) Beri latihan relaksasi

Rasional

Menurunkan tegangan pada otot-otot ekstremitas.

3) Beri penjelasan kepada klien tentang tujuan pembatasan pergerakan

Rasional

Membantu klien untuk kooperatif terhadap tindakan yang akan dilakukan

4) Observasi keadaan fiksasi kateter pada paha kanan yang berfungsi sebagai traksi

Rasional

Mempertahankan lumen uretra.

4. Diagnosa Keperawatan 4

Tanggal 24 Juli 2012

Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post operasi open prostatektomi suprapubik

a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3x24 jam tidak terjadi infeksi

b. Kriteria Hasil

- 1) Mencapai waktu penyembuhan secara optimal
- 2) Tidak terjadi infeksi dengan tanda tidak adanya pus pada luka, tidak terjadi peningkatan suhu tubuh, hasil laboratorium pemeriksaan leukosit tidak meningkat.

c. Rencana Tindakan

- 1) Pertahankan sistem kateter steril; berikan perawatan kateter reguler dengan sabun dan air, berikan salep antibiotik di sekitar sisi kateter.

Rasional

Mencegah pemasukan bakteri dan infeksi/sepsis lanjut.

- 2) Observasi tanda vital, perhatikan demam ringan, dan menggigil

Rasional

Membantu mengetahui kondisi umum klien dan perkembangannya.

- 3) Observasi drainase dari luka, sekitar kateter suprapubik

Rasional

Adanya drain, insisi suprapubik meningkatkan resiko untuk infeksi, yang diindikasikan dengan eritema, drainase purulen.

- 4) Ganti balutan dengan sering, pembersihan dan pengeringan kulit sepanjang waktu

Rasional

Balutan basah menyebabkan kulit iritasi dan membersihkan media untuk pertumbuhan bakteri, peningkatan resiko infeksi luka.

5) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotik

Rasional

Antibiotik dapat membunuh mikroorganisme penyebab infeksi

5. Diagnosa Keperawatan 5

Tanggal 24 Juli 2012

Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kesulitan mengontrol perdarahan

a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 1x24 jam perdarahan aktif tidak terjadi.

b. Kriteria Hasil

Tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 60-100x/menit, pernapasan 16-20x/menit), nadi perifer teraba, membran mukosa lembab, keluaran urine tepat

c. Rencana Tindakan

1) Awasi pemasukan dan pengeluaran

Rasional

Indikator keseimbangan cairan dan kebutuhan penggantian. Pada irigasi kandung kemih, awasi pentingnya perkiraan kehilangan darah dan secara akurat mengkaji haluaran urine.

2) Observasi drainase kateter, perhatikan perdarahan berlebihan/berlanjut.

Rasional

Perdarahan tidak umum terjadi pada 24 jam pertama tetapi perlu pendekatan perineal. Perdarahan kontinu/berat atau berulangnya perdarahan aktif memerlukan intervensi/evaluasi medik

3) Evaluasi warna dan konsistensi urine

Rasional

a) Merah terang dengan bekuan darah dapat mengindikasikan perdarahan arterial dan memerlukan terapi cepat

b) Peningkatan viskositas, warna keruh gelap dengan bekuan gelap menunjukkan perdarahan dari vena biasanya berkurang sendiri

c) Perdarahan tanpa bekuan dapat mengindikasikan diskrasia darah atau masalah pembekuan sistemik

4) Awasi tanda vital, perhatikan peningkatan nadi dan pernapasan, penurunan TD, diaforesis, pucat, perlambatan pengisian kapiler, dan membran mukosa kering

Rasional

Dehidrasi/hipovolemia memerlukan intervensi cepat untuk mencegah berlanjut ke syok.

5) Dorong pemasukan cairan 3000 ml/hari kecuali kontraindikasi

Rasional

Membilas ginjal/kandung kemih dari bakteri dan debris tetapi dapat mengakibatkan intoksikasi cairan/kelebihan cairan bila tidak diawasi dengan ketat.

6) Awasi pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi



Rasional

Berguna dalam evaluasi kehilangan darah/kebutuhan penggantian.

6. Diagnosa Keperawatan 6

Tanggal 25 Juli 2012

Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri

a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 1x24 jam klien dapat istirahat dengan optimal

b. Kriteria Hasil

Muka tampak segar, mata bagian bawah tidak kehitaman, klien tidur  $\pm$  8 jam sehari.

c. Rencana Tindakan

1) Identifikasi faktor penyebab gangguan tidur

Rasional

Memudahkan mengatasi penyebab gangguan tidur klien

2) Kurangi atau hilangkan distraksi dan gangguan tidur dengan membatasi pengunjung

Rasional

Banyaknya pengunjung yang datang dapat mengurangi waktu istirahat klien.

3) Bantu upaya tidur klien dengan menganjurkan melakukan rutinitas yang biasa dilakukan klien sebelum tidur

Rasional

Melakukan rutinitas sebelum tidur dapat meningkatkan relaksasi dan

membantu memudahkan klien untuk tidur

### **3.5. Catatan Keperawatan**

Catatan keperawatan merupakan realisasi dari perencanaan yang telah disusun berdasarkan prioritas:

Pre Operasi

**Pelaksanaan tanggal: 23 Juli 2012**

#### *1. Diagnosa Keperawatan 1*

Jam 20.00

- a. Membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri, memberi perhatian dan keinginan untuk membantu klien.

Evaluasi

Klien dan keluarga tampak kooperatif

- b. Memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya

Evaluasi

Klien mengungkapkan takut untuk dioperasi, klien takut apabila sudah dioperasi penyakitnya tetap tidak sembuh

Jam 20.10

- c. Memberikan informasi tentang prosedur pembedahan dan bagaimana prognosis penyakit

Evaluasi

Klien paham dan akhirnya yakin akan sembuh

- d. Mengajak klien untuk mendekatkan diri kepada Tuhan YME, dengan cara berdoa dan pasrah.

Evaluasi

Klien tampak kooperatif dan mengatakan mau untuk berdoa

Jam 20.30

- e. Melakukan scaren

Evaluasi

Daerah sekitar suprapubik sudah tampak bersih

- f. Melakukan lavemen dan informasi puasa pada jam 00.00 sampai saat operasi

Evaluasi

Klien BAB sesaat setelah di lavemen  $\pm$  300 cc warna coklat dan konsistensi lembek bercair.

Post Operasi

### **Pelaksanaan Tanggal 24 Juli 2012**

#### *1. Diagnosa Keperawatan 1*

Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan karena prosedur pembedahan dan traksi kateter.

Jam 12.00

- a. Melakukan observasi tanda-tanda vital

Evaluasi

Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 92x/menit, suhu  $36^{\circ}\text{C}$ , pernapasan 24x/menit.

- b. Mengkaji penyebab, kualitas, lokasi, skala, dan waktu timbulnya nyeri yang dirasakan klien

Evaluasi

P: nyeri terjadi karena terputusnya kontinuitas jaringan akibat prosedur pembedahan

Q: Rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk benda tajam

R: Nyeri dirasakan di daerah perut bagian bawah

S: Skala nyeri 9

T: Nyeri terasa sepanjang waktu

- c. Mengajarkan teknik relaksasi pada klien dengan cara tarik nafas dalam melalui hidung dan tahan sampai 2 detik kemudian hembuskan secara perlahan melalui mulut, dilakukan berulang sampai nyeri dirasa berkurang.

Evaluasi

Klien mau mencoba untuk mempraktekkan teknik relaksasi

Jam 12.30

- d. Memberi penjelasan kepada klien dan keluarga untuk menjaga posisi selang agar tidak sampai terjadi lekukan.

Evaluasi

Klien dan keluarga dapat menerima penjelasan dan tetap menjaga posisi selang hingga tidak ada lekukan.

## 2. *Diagnosa Keperawatan 2*

Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan prosedur pembedahan dan irigasi kandung kemih

Jam 12.30

- a. Mengkaji haluaran urine klien

Evaluasi

Sejak keluar dari ruang OK sampai dilakukan pengkajian total urine tampung sebanyak 2100 cc.

- b. Menganjurkan pada klien untuk lebih banyak minum air putih  $\pm$  3000 cc/hari dengan alasan agar kandung kemih selalu mendapat aliran cairan dan terhindar dari iritasi.

Evaluasi

Klien mengatakan mau untuk mengkonsumsi air putih sesuai yang dianjurkan

Jam 13.00

- c. Mempertahankan irigasi kandung kemih dengan spooling PZ 60tetes/menit.

Evaluasi

Urine tampak berwarna kuning kecoklatan bercampur sedikit darah

### 3. *DiagnosaKeperawatan 3*

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan terpasangnya alat-alat perawatan (folley kateter dan infus)

Jam 12.30

- a. Memberi penjelasan kepada klien bahwa kaki kanan klien diusahakan untuk tidak bergerak sementara waktu karena terpasang traksi kateter.

Evaluasi

Klien tetap menjaga kakinya untuk tidak bergerak.

Jam 14.00

- b. Mengobservasi keadaan fiksasi kateter klien

Evaluasi

Kondisi fiksasi tetap pada tempat awalnya.

- c. Mengajarkan pada keluarga klien untuk meletakkan benda-benda yang dibutuhkan klien didekatnya agar memudahkan klien untuk menjangkaunya.

Evaluasi

Keluarga klien tampak mendekatkan benda-benda yang dibutuhkan klien seperti kipas.

- d. Mengajarkan pada klien untuk merubah posisi tubuh dan mengajarkan latihan ROM aktif agar aliran darah pada ekstremitas tetap terjaga jika nyeri yang dirasakan sudah reda.

Evaluasi

Klien belum mampu melakukan ROM aktif

#### 4. *Diagnosa Keperawatan 4*

Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post operasi open prostatektomi suprapubik

Jam 12.30

- a. Memberi penjelasan kepada klien dan keluarga klien agar urine bag tetap berada di bawah untuk menghindari arus balik urine ke dalam selang kateter.

Evaluasi

Klien klien dan keluarga mengatakan bersedia untuk menjaga agar urine

bag tetap berada di bawah

b. Mengobservasi drainase

Evaluasi

Produksi  $\pm$  20 cc warna merah segar.

5. *Diagnosa Keperawatan 5*

Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kesulitan mengontrol perdarahan

Jam 12.00

a. Mengawasi pemasukan dan pengeluaran dengan menghitung balance cairan dari jam 5 pagi sampai jam 12.00

*Cairan masuk*

Infus Asering : 700 cc

Spooling PZ : 1700 cc

*Total* : 2400 cc

*Cairan Keluar*

Urine Tampung : 2100 cc

Perdarahan : 100 cc

Drain : 20 cc

IWL : 260 cc

*Total* : 2480 cc

b. Mengevaluasi warna dan konsistensi urine

Evaluasi

Warna kuning kecoklatan tanpa adanya bekuan darah.

Jam 13.00

c. Melakukan pengambilan darah vena untuk keperluan pemeriksaan laboratorium

**Pelaksanaan Tanggal 25 Juli 2012***1. Diagnosa Keperawatan 1*

Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan karena prosedur pembedahan dan traksi kateter.

Jam 08.00

- a. Mengkaji kualitas, lokasi, skala, dan waktu timbulnya nyeri yang dirasakan klien

Evaluasi

Rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk benda tajam, nyeri dirasakan di daerah perut bagian bawah, skala nyeri 9, nyeri terasa sepanjang waktu, tetapi lebih sakit jika bergerak

- b. Memberi terapi injeksi analgesik ketorolac 30 mg/iv

Evaluasi

Tidak ada efek samping yang timbul setelah dilakukan injeksi

- c. Melakukan observasi tanda-tanda vital

Evaluasi

Tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 100x/menit, suhu 36<sup>2</sup>°C, pernapasan 24x/menit, keluarga klien mengatakan semalam Tn. A sulit tidur, tidur malam ± 2 jam dan sering terbangun, klien terkadang menangis karena nyeri yang dirasakan pada luka post operasinya. Mata bagian bawah tampak kehitaman dan sayup. Keluarga mengatakan nafsu makan Tn. A menurun, hanya 3 sendok makan/porsi.



Jam 08.30

- d. Menganjurkan pada klien untuk melakukan teknik relaksasi yang sudah diajarkan jika nyeri terasa

Evaluasi

Klien melakukan teknik relaksasi

Jam 12.30

- e. Melakukan observasi tanda-tanda vital

Evaluasi

Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 92x/menit, suhu  $36^{\circ}\text{C}$ , pernapasan 20x/menit. Keluarga mengatakan Tn.A mengaku rasa nyeri yang dirasakan sedikit berkurang.

## 2. *Diagnosa Keperawatan 2*

Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan prosedur pembedahan dan irigasi kandung kemih

Jam 08.30

- a. Mengkaji haluaran urine klien

Evaluasi

Sebanyak 3400 cc dari tanggal 24 juli jam 12.00 – tanggal 25 Juli jam 08.30

- b. Menganjurkan kembali pada klien untuk lebih banyak minum air putih  $\pm$  3000 cc/hari

Evaluasi

Klien mau untuk minum sebanyak yang dianjurkan

- c. Menghentikan spooling kateter karena produksi urine sudah jernih dan tidak bercampur darah.

Evaluasi

Warna urine kuning jernih

### 3. *Diagnosa Keperawatan 3*

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan terpasangnya alat-alat perawatan (folley kateter dan infus)

Jam 08.30

- a. Mengobservasi keadaan fiksasi kateter klien.

Evaluasi

Fiksasi tetap berada pada paha kanan klien dan tidak terjadi lekukan.

Jam 12.00

- b. Melonggarkan traksi kateter

Evaluasi

Klien mengatakan merasa lega dan lebih nyaman.

- c. Mengevaluasi apakah klien melaksanakan latihan ROM yang diajarkan.

Evaluasi

Keluarga klien mengatakan Tn.A tidak mencoba ROM aktif

- d. Membantu klien untuk merubah posisi semi fowler/setengah duduk.

Evaluasi

Klien mengatakan tidak kuat untuk bergerak karena masih sakit.

### 4. *Diagnosa Keperawatan 4*

Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post operasi open

prostatektomi suprapubik

Jam 07.50

- a. Mengobservasi drainase

Evaluasi

Produksi 50 cc warna merah terang. Tidak ada rembesan pada luka post operasi.

Jam 08.00

- b. Mengajarkan pada klien dan keluarga untuk menjaga kebersihan terutama di daerah sekitar kateter dan luka post op guna mencegah terjadinya infeksi

Evaluasi

Klien paham dan akan mencoba menjaga kebersihan di daerah luka post operasinya.

- c. Memberi terapi injeksi ceftazidime 1 gr/iv dan ranitidine 50 mg/iv

Evaluasi

Tidak ada reaksi efek samping dari obat.

##### 5. *Diagnosa Keperawatan 5*

Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kesulitan mengontrol perdarahan

Jam 08.30

- a. Mengawasi pemasukan dan pengeluaran dengan menghitung balance cairan dari tanggal 24 Juli jam 12.00 sampai tanggal 25 Juli jam 08.30

*Cairan masuk*

Minum : 750 cc

Infus RD5 : 1300 cc

Spooling PZ : 2300 cc

*Total* : 4350 cc

*Cairan Keluar*

Urine Tampung : 3400cc

Drain : 50 cc

BAB : 200 cc

IWL : 750 cc

*Total* : 4400 cc

- b. Mengevaluasi warna dan konsistensi urine

Evaluasi

Warna kuning jernih tanpa adanya bekuan darah.

- c. Mengobservasi sistem drainase

Evaluasi

Produksi 50 cc warna merah terang

- d. Memberi terapi injeksi transamin 500 mg/iv

Evaluasi

Tidak ada efek samping dari obat

6. *Diagnosa Keperawatan 6*

Jam 08.30

- a. Mengidentifikasi faktor penyebab gangguan tidur

Evaluasi

Tn. A mengatakan tidak bisa tidur karena nyeri yang dirasakan pada luka post operasinya.

- b. Mengidentifikasi rutinitas kebiasaan klien sebelum tidur untuk membantu memudahkan klien tertidur

Evaluasi

Klien mengatakan tidak ada rutinitas sebelum tidur.

Jam 11.00

- c. Membatasi pengunjung yang masuk ruangan agar klien tidak merasa terganggu dalam beristirahat

Evaluasi

Pengunjung yang datang bergantian untuk masuk ke ruangan.

### **Pelaksanaan Tanggal 26 Juli 2012**

#### *1. Diagnosa Keperawatan 1*

Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan karena prosedur pembedahan dan traksi kateter.

Jam 08.00

- a. Mengkaji kualitas, lokasi, skala, dan waktu timbulnya nyeri yang dirasakan klien

Evaluasi

rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk benda tajam, nyeri dirasakan di daerah perut bagian bawah, skala nyeri 6, nyeri hilang timbul dan terasa jika bergerak

- b. Memberi terapi injeksi analgesik ketorolac 30 mg/iv

Evaluasi

Tidak ada efek samping dari obat

- c. Melakukan observasi tanda-tanda vital

Evaluasi

Tekanan darah 140/90 mmHg, nadi 92x/menit, suhu  $36^2\text{°C}$ , pernapasan 20x/menit. Keluarga mengatakan Tn. A sudah mau makan  $\pm$  8 sendok makan/porsi.

Jam 08.30

- d. Mengajarkan pada klien untuk melakukan teknik relaksasi yang sudah diajarkan jika nyeri masih terasa

Evaluasi

Klien bersedia untuk melakukan teknik relaksasi yang sudah diajarkan.

Jam 11.00

- e. Melakukan observasi tanda-tanda vital

Evaluasi

Tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 92x/menit, suhu  $36^3\text{°C}$ , pernapasan 20x/menit. Klien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang.

## 2. *Diagnosa Keperawatan 2*

Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan prosedur pembedahan dan irigasi kandung kemih

Jam 08.30

- a. Mengkaji haluaran urine klien

Evaluasi

Sebanyak cc dari tanggal 25 juli jam 08.30– tanggal 26 Juli jam 08.30

- b. Mengajarkan kembali pada klien untuk lebih banyak minum air putih  $\pm$  3000 cc/hari

Evaluasi

Klien minum  $\pm$  1500cc dalam 24 jam.

- c. Menganjurkan pada klien untuk membatasi cairan pada malam hari, setelah kateter dilepas

Evaluasi

Klien dan keluarga mengerti

### 3. *Diagnosa Keperawatan 3*

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan terpasangnya alat-alat perawatan (folley kateter dan infus)

Jam 09.00

- a. Melepas infus yang terpasang di tangan sebelah kanan klien karena Tn. A dijadwalkan KRS pada hari ini.

Jam 10.00

- b. Mengevaluasi apakah klien melaksanakan latihan ROM yang diajarkan.

Evaluasi

Klien tampak berlatih ROM aktif

- c. Membantu klien untuk berubah posisi setengah duduk/semi fowler

Evaluasi

Klien mengatakan merasa lebih nyaman

### 4. *Diagnosa Keperawatan 4*

Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post operasi open prostatektomi suprapubik

Jam 07.30

- a. Mengobservasi drainase

Evaluasi

Produksi 10 cc.

Jam 08.00

- b. Melepas sistem drainase dan merawat luka post operasi

Evaluasi

Luka tampak bersih tak ada rembesan darah dan pus. Tak ada eritema dan pembengkakan.

- c. Mengajarkan pada klien dan keluarga untuk menjaga kebersihan terutama di daerah sekitar kateter dan luka post operasi guna mencegah terjadinya infeksi

Evaluasi

Klien dan keluarga mengerti

Jam 08.30

- d. Memberi terapi injeksi ceftazidime 1 gr/iv dan ranitidine 50 mg/iv

Evaluasi

Tidak ada reaksi obat

- e. Memberi informasi kepada klien dan keluarga untuk rutin kontrol luka post operasi dan rutin minum obat yang sudah ditetapkan jika sudah KRS sesuai advice dokter

Evaluasi

Klien dan keluarga mengerti



### 5. *Diagnosa Keperawatan 5*

Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kesulitan mengontrol perdarahan

Jam 08.30

- a. Mengawasi pemasukan dan pengeluaran dengan menghitung balance cairan dari tanggal 25 Juli jam 08.30 sampai tanggal 26 Juli jam 08.30

#### *Cairan masuk*

Minum : 1500 cc

Infus RD5 : 1300 cc

Makan : 200 cc

*Total* : 3000cc

#### *Cairan Keluar*

Urine Tampung : 2000cc

Drain : 10 cc

IWL : 900 cc

*Total* : 2910 cc

- b. Mengevaluasi warna dan konsistensi urine

Evaluasi

Warna kuning jernih tanpa adanya bekuan darah.

- c. Mengobservasi sistem drainase

Evaluasi

Produksi 10 cc

d. Memberi terapi injeksi transamin 500 mg/iv

Evaluasi

Tidak ada reaksi obat

### **3.6. Catatan Perkembangan**

Evaluasi/catatan perkembangan klien dilaksanakan setelah implementasi dilakukan. Catatan perkembangan pre operasi pada Tn. A adalah sebagai berikut :

Pre Operasi

#### **1. Catatan Perkembangan Diagnosa 1**

Ansietas berhubungan dengan prosedur pembedahan

Tanggal 23 Juli 2012 jam 21.00

S : Klien mengatakan dirinya lebih tenang

O : Klien tampak lebih rileks dan tidak gelisah, klien sudah tidak bertanya tentang berapa lama akan dioperasi dan yakin bahwa dirinya akan sembuh, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 36<sup>2</sup>°C, pernapasan 20x/menit

A : Masalah teratasi

P : Klien besok pagi operasi, rencana tindakan dihentikan

Post Operasi

#### **Evaluasi Tanggal 24 Juli 2012**

##### **1. Diagnosa Keperawatan 1**

Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan karena

prosedur pembedahan dan traksi kateter.

Evaluasi jam 14.00

S : Klien mengatakan nyeri yang dirasakan tidak berkurang, rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk benda tajam, nyeri dirasakan di daerah perut bagian bawah, skala nyeri 9, nyeri terasa sepanjang waktu

O : Keadaan umum klien lemah, kesadaran kompos mentis, GCS 456.

Klien tampak menyeringai kesakitan dan terkadang menangis. Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 92x/menit, suhu 36<sup>3</sup>°C, pernapasan 24x/menit

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no. 1-7 diteruskan

## 2. *Diagnosa Keperawatan 2*

Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan prosedur pembedahan dan irigasi kandung kemih

Evaluasi jam 14.00

S : Tidak terkaji

O : Klien tampak terpasang folley kateter dengan ukuran 24. Terdapat spooling PZ dan kateter difiksasi di paha kanan sebagai traksi. UT 2400 cc warna kuning kecoklatan tanpa ada bekuan darah.

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no. 1-6 diteruskan

## 3. *Diagnosa Keperawatan 3*

Evaluasi jam 14.00

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan terpasangnya alat-alat perawatan (folley kateter dan infus)

S : Klien mengatakan pinggang masih terasa panas, rasanya ingin miring kanan dan kiri, kalau digerakkan terasa sakit

O : Klien tampak terpasang folley kateter dengan ukuran 24, spooling kateter dengan PZ dan traksi di paha kanan, serta terpasang infus pada tangan kanan. Klien tampak menyeringai kesakitan.

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no. 2-4 diteruskan

#### 4. *Diagnosa Keperawatan 4*

Evaluasi jam 14.00

Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post operasi open prostatektomi suprapubik

S : Tidak terkaji

O : Tampak adanya luka post operasi open prostatektomi di daerah suprapubik dengan panjang  $\pm$  10 cm. Tidak tampak adanya rembesan darah.

A : Tidak terjadi infeksi

P : Rencana tindakan no. 1-5 diteruskan

#### 5. *Diagnosa Keperawatan 5*

Evaluasi jam 14.00

Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kesulitan mengontrol perdarahan

S : Tidak terkaji

O : Observasi tanda-tanda vital tekanan darah 120/80 mmHg, suhu  $36^{\circ}\text{C}$ , nadi 92x/menit, pernapasan 24x/menit, akral hangat, membran mukosa

lembab. Klien tampak terpasang drain dengan produksi 20 cc warna merah terang, produksi urine 2400 cc warna kuning kecoklatan.

*Cairan masuk*

Infus Asering : 850 cc

Spooling PZ : 1900 cc

*Total : 2750 cc*

*Cairan Keluar*

Urine Tampung : 2300 cc

Perdarahan : 100 cc

Drain : 20 cc

IWL : 335 cc

*Total : 2755 cc*

A : Tidak terjadi perdarahan dan kekurangan volume cairan

P : Rencana tindakan no. 1-6 diteruskan

**Evaluasi Tanggal 25 Juli 2012**

*1. Diagnosa Keperawatan 1*

Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan karena prosedur pembedahan dan traksi kateter.

Evaluasi jam 13.00

S : Klien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk benda tajam, nyeri dirasakan di daerah perut bagian bawah, skala nyeri 7, nyeri terasa sepanjang waktu tetapi lebih nyeri jika untuk bergerak.

O : Keadaan umum klien lemah, kesadaran kompos mentis, GCS 456.

Klien tampak menyeringai kesakitan karena nyeri, dan terkadang

menangis. Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 92x/menit, suhu 36<sup>3</sup>°C,  
pernapasan 20x/menit

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no. 1, 2, 3, 6, 7 diteruskan

### 2. *Diagnosa Keperawatan 2*

Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan prosedur pembedahan dan irigasi kandung kemih

Evaluasi jam 13.00

S : Tidak terkaji

O : Klien tampak terpasang folley kateter dengan ukuran 24. Spooling PZ dihentikan dan fiksasi kateter di paha kanan sebagai traksi dilonggarkan.

UT 3500cc warna kuning kecoklatan tanpa ada bekuan darah.

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no. 1-5 diteruskan

### 3. *Diagnosa Keperawatan 3*

Evaluasi jam 13.00

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan terpasangnya alat-alat perawatan (folley kateter dan infus)

S : Klien mengatakan masih tidak berani bergerak karena terasa nyeri

O : Klien tampak terpasang folley kateter dengan ukuran 24 serta terpasang infus pada tangan kanan. Klien tampak menyeringai kesakitan.

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no. 2-4 diteruskan

4. *Diagnosa Keperawatan 4*

Evaluasi jam 13.00

Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post operasi open prostatektomi suprapubik

S : Tidak terkaji

O : Tampak adanya luka post operasi open prostatektomi di daerah suprapubik dengan panjang  $\pm$  10 cm. Tidak tampak adanya rembesan darah.

A : Tidak terjadi infeksi

P : Rencana tindakan no. 1-5 diteruskan

5. *Diagnosa Keperawatan 5*

Evaluasi jam 13.00

Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kesulitan mengontrol perdarahan

S : Tidak terkaji

O : Observasi tanda-tanda vital tekanan darah 120/80 mmHg, suhu  $36^{\circ}\text{C}$ , nadi 92x/menit, pernapasan 20x/menit, akral hangat, membran mukosa lembab. Klien tampak terpasang drain dengan produksi 20 cc warna merah terang, produksi urine 3600 cc warna kuning.

*Cairan masuk*

Minum : 1000 cc

Infus RD5 : 1500 cc

Spooling PZ : 2300 cc

*Total : 4800 cc*

*Cairan Keluar*

Urine Tampung: 3600cc

Drain : 50 cc

BAB : 200 cc

IWL : 900 cc

*Total : 4750 cc*

A : Tidak terjadi perdarahan dan kekurangan volume cairan

P : Rencana tindakan no. 1-6 diteruskan

**Evaluasi Tanggal 26 Juli 2012**

*1. Diagnosa Keperawatan 1*

Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan karena prosedur pembedahan dan traksi kateter.

Evaluasi jam 11.00

S : Klien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk benda tajam, nyeri dirasakan di daerah perut bagian bawah, skala nyeri 5, nyeri terasa hilang timbul, nyeri terasa jika klien bergerak.

O : Keadaan umum klien cukup baik, kesadaran kompos mentis, GCS 4/5/6.

Klien tampak menyeringai kesakitan jika nyeri terasa. Tekanan darah

130/90 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 36<sup>3</sup>°C, pernapasan 20x/menit

A : Masalah teratasi sebagian

P : Klien KRS, rencana tindakan dihentikan

*2. Diagnosa Keperawatan 2*

Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan prosedur pembedahan dan



irigasi kandung kemih

Evaluasi jam 11.00

S : Tidak terkaji

O : Klien tampak terpasang folley kateter dengan ukuran 24.UT 3500cc  
warna kuning kecoklatan tanpa ada bekuan darah.

A : Masalah teratasi sebagian

P : Klien KRS, rencana tindakan dihentikan

### 3. *Diagnosa Keperawatan 3*

Evaluasi jam 11.00

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan terpasangnya alat-alat perawatan (folley kateter dan infus)

S : Klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah drain dan infus dilepas.

O : Klien tampak terpasang folley kateter dengan ukuran 24. Klien tampak lebih rileks dan dapat bergerak serta mencoba latihan ROM aktif.

A : Masalah teratasi

P : Klien KRS, rencana tindakan dihentikan

### 4. *Diagnosa Keperawatan 4*

Evaluasi jam 11.00

Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post operasi open prostatektomi suprapubik

S : Tidak terkaji

O : Tampak adanya luka post operasi open prostatektomi di daerah suprapubik dengan panjang  $\pm$  10 cm. Luka bersih tidak ada darah dan

pus, tidak ada eritema dan pembengkakan, tidak ada peningkatan suhu tubuh.

A : Tidak terjadi infeksi

P : Klien KRS, rencana tindakan dihentikan

#### 5. *Diagnosa Keperawatan 5*

Evaluasi jam 11.00

Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kesulitan mengontrol perdarahan

S : Tidak terkaji

O : Observasi tanda-tanda vital tekanan darah 130/90 mmHg, suhu  $36^{\circ}\text{C}$ , nadi 88x/menit, pernapasan 20x/menit, akral hangat, membran mukosa lembab. Produksi urine 2100 cc warna kuning jernih

#### *Cairan masuk*

Minum : 1600 cc

Infus RD5 : 1300 cc

Makan : 200 cc

*Total* : 3100cc

#### *Cairan Keluar*

Urine Tampung : 2100cc

Drain : 10 cc

IWL : 975 cc

*Total* : 2185 cc

A : Tidak terjadi perdarahan dan kekurangan volume cairan

P : Klien KRS, rencana tindakan dihentikan

#### 6. *Diagnosa Keperawatan 6*

Evaluasi jam 08.00

Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri

S : Keluarga klien mengatakan Tn. A sudah bisa tidur. Tidur malam  $\pm$  5 jam namun terkadang terbangun, tidur siang 2 jam.

O : Raut muka klien tampak tenang dan lebih segar, tidak ada kehitaman pada mata bagian bawah, tekanan darah 130/90 mmHg, suhu  $36^{\circ}\text{C}$ , nadi 88x/menit, pernapasan 20x/menit

A : Masalah teratasi

P : Klien KRS, rencana tindakan dihentikan.