

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. TINJAUAN TEORI MEDIS**

##### **2.1.1. Pengertian**

Pembesaran prostate jinak atau lebih dikenal BPH (*Benigna Prostate Hyperplasia*) adalah kondisi patologis yang paling umum pada pria lansia dengan manifestasi klinis kelenjar prostate mengalami pembesaran ,memanjang keatas kedalam kandung kemih dan menyumbat aliran urine dengan menutupiorifisium ureter (Basuki, 2011).

##### **2.1.2. Etiologi**

Sekarang masih belum diketahui secara pasti penyebab terjadinya hyperplasia prostat, tetapi beberapa hipotesis menyebutkan bahwa hyperplasia prostat erat kaitannya dengan :

1. Hipotesis Dihidrotestosteron (DHT)

Peningkatan 5 alfa reduktase dan reseptor androgen akan menyebabkan epitel dan sroma dari kelenjar prostat mengalami hyperplasia.

2. Ketidak seimbangan estrogen – testoteron

Meningkatnya usia pada pria terjadinya peningkatan hormone Estrogen dan penurunan testoteron sedangkan estraditiol tetap. Yang dapat menyebabkan terjadinya hyperplasia stroma.

### 3. Interaksi stroma – epitel

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

### 4. Berkurangnya kematian sel prostat

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

### 5. Teori stem cell

Sel stem yang meningkatkan mengakibatkan proliferasi sel. Poliferasi sel pada BPH dipostulasikan sebagai ketidak tepatnya aktivitas sel stem sehingga terjadi produksi yang berlebihan stroma maupun sel epitel (Basuki, 2011)

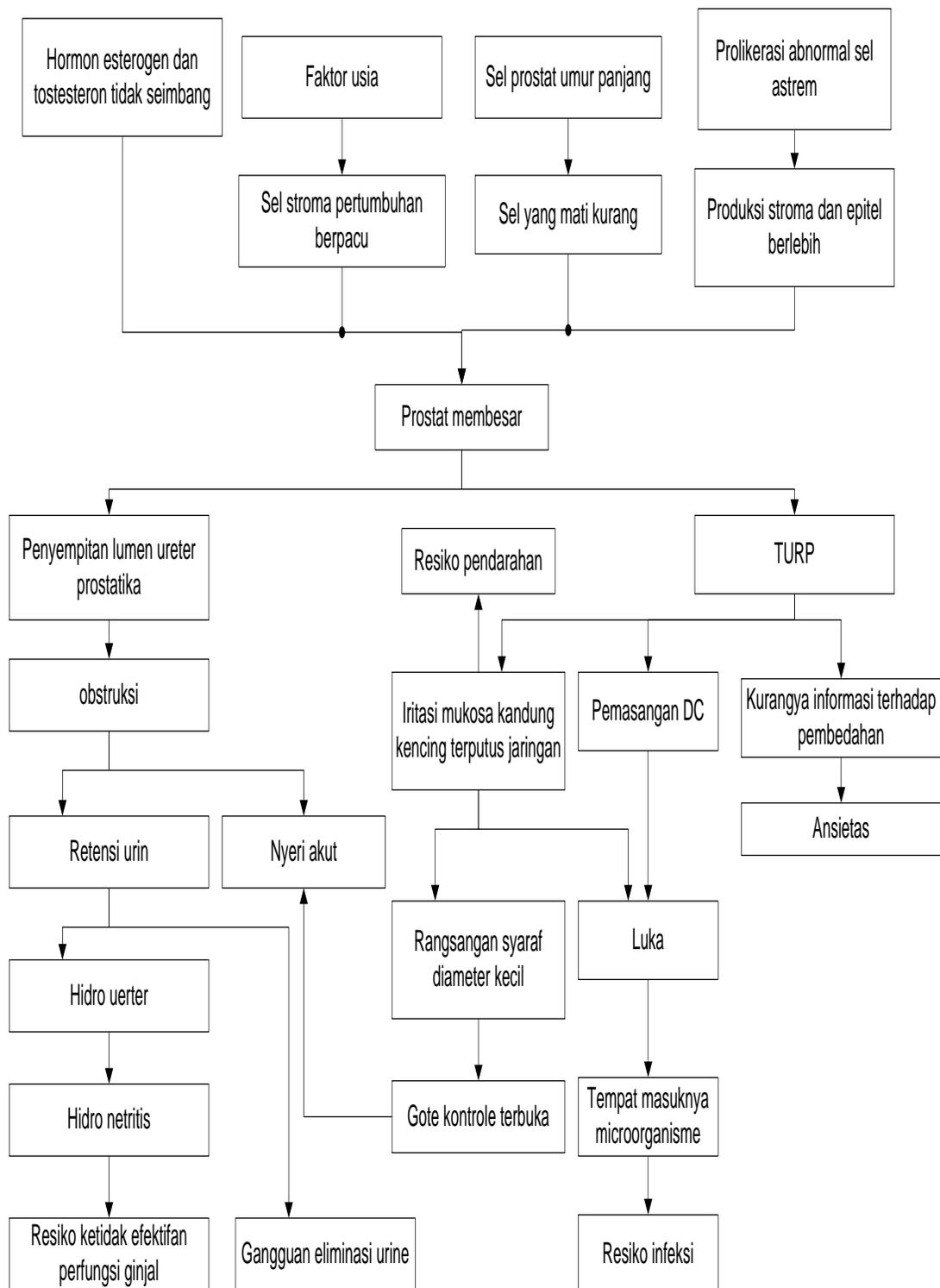
## **2.1.3. Patofisiologi**

Sejalan dengan pertambahnya umur, kelenjar prostat akan mengalami hiperplasia, jika prostat membesar akan meluas ke atas (bladder), di dalam mempersempit saluran uretra prostatica dan menyumbat aliran urine. Keadaan ini dapat meningkatkan tekanan intravesikal. Sebagai kompensasi terhadap tekanan uretra prostatika, maka otot destrusor dan buli-buli berkontraksi lebih kuat untuk dapat memompa urine keluar. Kontraksi yang terus-menerus menyebabkan perubahan anatomi dari buli-buli berupa : Hipertropi otot detrusor, trabekulasi, terbentuknya selula, sekula dan difertikel buli-buli. Perubahan struktur pada buli-

buli dirasakan pasien sebagai keluhan pada saluran kencing bagian bawah atau Lower Urinary Tract Symptom/LUTS (Basuki, 2011).

Pada fase-fase awal prostat hyperplasia, kompensasi oleh muskulus destrusol berhasil dengan sempurna. Artinya pola dan kualitas dari miksi tidak banyak berubah. Pada fase ini disebut sebagai Prostat Hiperplasia Kompensata, Lama kelamaan kemampuan kompensasi menjadi berkurang dan pola serta kualitas miksi berubah, kekuatan serta lamanya kontraksi dari muskulus destrusor menjadi tidak adekuat sehingga tersisalah urine di dalam buli-buli saat proses miksi berakhir seringkali Prostat Hyperplasia menambah kompensasi ini dengan jalan meningkatkan tekanan intra abdominal (mengejan) sehingga tidak jarang disertai timbulnya hernia dan haemorhoid puncak dari kegagalan kompensasi adalah tidak berhasilnya melakukan ekspulsi urine dan terjadinya retensi urine, keadaan ini disebut sebagai Prostat Hyperplasia Dekompensata. Fase Dkompensasi yang masih akut menimbulkan rasa nyeri dan dalam beberapa hari menjadi kronis dan terjadilah inkontinesia urine secara berkala akan mengalir sendiri tanpa dapat dikendalikan, sedangkan buli-buli tetap penuh. Ini terjadi oleh karena buli-buli tidak sanggup menampung atau dilatasi lagi. Puncak dari kegagalan kompensasi adalah ketidak mampuan otot destrusor memompa urine dan menjadi retensi urine. Retensi urine yang kronis dapat mengakibatkan kemunduran fungsi ginjal (Basuki, 2011).

### 2.1.4. WOC



### 2.1.5. Klasifikasi

#### 1. Rectal Grading

Rectal grading digunakan sebagai ukuran dari pembesaran kelenjar prostate ke arah rectum. Rectal toucher dikatakan normal jika batas atas teraba konsistensi elastis, dapat digerakkan, tidak nyeri ketika ditekan dan permukaannya rata. Tetapi rectal toucher pada BPH didapat batas atas teraba menonjol lebih dari 1 cm dan berat prostat diatas 35 gr.

Ukuran dari pembesaran prostat dapat menentukan derajat rectal sebagai berikut:

0-1.....grade 0

1-2.....grade 1

2-3.....grade 2

3-4.....grade 3

>4.....grade 4

(Basuki, 2011)

## 2. Klinikal Grading

Drajat klinik berdasarka kepada residual urin yang terjadi. Pasien disuruh BAK sampai selesai dan puas, Kemudian dilakukan kateternisasi. Urine yang keluar dari kateter disebut sisa urine atau residual urine.

Sisa urine 0cc .....normal

Sisa urine 0-50cc.....grade 1

Sisa urine 50-150cc.....grade 2

Sisa urine >150cc.....grade 3

Tidak dapat kencing.....grade 4

## 3. Intra Uretra Grading

Dengan melihat sejauh mana penonjolan lobus lateral kedalam lumen uretra dan pengukuran ini hanya dapat dilihat dengan panendeskopi yang sudah menjadi bidang urologi yang khusus.

### a. Grade 1

Pasien mengeluh kalau kencing tidak tuntas, pancaran lemah, malam sering kencing(nokturia)

### b. Grade 2

Bila miksi terasa panas, sakit, disuria, nokturia bertambah berat, panas/mengigil dan nyeri daerah pinggang(infeksi sudah menjalar ke ginjal)

c. Grade 3

Gejala-gejala makin berat

d. Grade 4

Buli-buli penuh penderita merasa kesakitan, air kencing menetes secara periodic, mengigil, panas tinggi 40-41°C dan kesadaran menurun sampai koma (Basuki, 2011).

### **2.1.6. Gejala Klinis**

Progresivitas dari BPH adalah lambat, penderita tidak mengetahui kapan onset, dari penyakitnya itu dan secara pelan-pelan makin menghebat. Penderita sering datang kedokterbila muncul gejala klinis berupa :

1. Keluhan pada saluran kemih bagian bawah

1. Gejala obstruksi yaitu:

1) Hesitansi

Memulai kencing lama dan sering kali disertai mengejan yang disebabkan oleh otot destrusor buli-buli memerlukan waktu yang beberapa lama meningkatkan tekanan intravesikal guna mengatasi adanya tekanan dalam uretra prostatika.

2) Intermitensi

Terputus-terputusnya aliran kencing yang disebabkan karena ketidakmampuan otot destrussor dalam mempertahankan tekanan intravesikal sampe berakhirnya miksi.

3) Terminal dribbling

Menetesnya urine pada akhir kencing

4) Pancaran lemah

Kelemahan kekuatan dan caliber pancaran destrussor memerlukan waktu untuk dapat melampaui tekana di uretra.

5) Rasa tidak puas setelah selese buang air kecil

2. Gejala iritasi

1) Urgency yaitu perasaan ingin buang air kecil yang sulit ditahan

2) Frekuensi yaitu penderita lebih sering miksi dari biasanya

3) Nokturia yaitu penderita mengeluh lebih sering kencing di malam hari

4) Disuria pada waktu kencing

2. Keluhan pada saluran kemih bagian atas

Keluhan akibat penyulit hyperplasia prostat pada saluran kemih bagian atas berupa gejala obstruksi berupa nyeri pinggang, benjolan di pinggang, yang (merupakan tanda dari hidronefrosis), atau demam yang merupakan tanda dari infeksi atau urosepsis (Basuki, 2011).

### 2.1.7. Pemeriksaan penunjang

#### 1. Pemeriksaan Colok Dubur

Pemeriksaan colok dubur dapat memberikan kesan keadaan tonus sfingter anus, mukosa rectum, kelainan lain seperti benjolan dalam rectum dan prostat. Pada perabaan melalui colok dubur dapat diperhatikan konsistensi prostat, adakah asimetris, adakah nodul pada prostat, apakah batas atas dapat dirabah. Derajat berat obstruksi dapat diukur dengan menentukan jumlah sisa urine setelah miksi spontan. Sisa miksi ditentukan dengan mengukur urine yang dapat keluar dengan kateterisasi.

#### 2. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Analisis urine dan pemeriksaan mikroskopik urin, elektrolit, kadar ureum.
- b. Bila perlu *Prostate Spesifik Antigen (PSA)*, untuk dasar penentuan biopsy

#### 3. Pemeriksaan Radiologi

- a. Intra Vena Pyelografi (IVP) : Gambaran trabekulaasi buli, residual urine post miksi, dipertikel buli.

Indikasi : disertai hematuria, gejala iritatif menonjol disertai urolithiasis

Tanda BHP : Impresi prostat, hockey stick ureter

- b. BOF : untuk mengetahui adanya kelainan pada renal

- c. Retrografi dan Voiding Cystouretrografi : untuk melihat ada tidaknya refluk vesiko ureter/struktur uretra
  - d. USG : Untuk menentukan volume urine, volume residual urine dan menilai pembesaran prostat jinak/ganas
4. Pemeriksaan Uroflowmetri

Berperan penting dalam diagnosis dan evaluasi pasien dengan obstruksi leher buli-buli

Q max (Basuki,2011) :

- a. >15ml/detik → non obstruksi
- b. 10-15 ml/detik → border line
- c. < 10 ml/detik → obstruktif

### **2.1.7. Penatalaksanaan Pre Operatif**

1. Observasi (Watchfull Waiting)

Pengawasan berkala pada pasien setiap 3-6 bulan kemudian setiap tahun tergantung keadaan pasien.

2. Medikamentosa

- c. Penghambatan adrenergic, misalnya prazosin, doxaZosin, alfluzosin atau tamsulosin
- d. Penghambatan enzim 5 $\alpha$  reduktase, misalnya finasteride (poscar)
- e. Fititerapi, misalnya eviprostat

(Basuki, 2011).

### 3. Pembedahan

#### a. Prostatektomi

##### 1) Prostatektomi Supra Pubis

Adalah salah satu metode pengangkatan kelenjar melalui insisi abdomen. Yaitu suatu insisi yang dibuat kedalam kandung kemih dan kelenjar prostat diangkat dari atas. komplikasi dapat terjadi seperti kehilangan darah lebih banyak dibanding metode yang lain. Kerugian yang lainnya adalah insisi abdomen akan disertai bahaya dari semua prosedur bedah abdomen mayor, seperti control perdarahan lebih sulit, urine dapat bocor disertai tuba suprapubis, serta pemulihan lebih lama dan tidak nyaman. Keuntungan yang lain metode ini adalah secara teknis sederhana, memberikana era eksplorasi lebih luas, memungkinkan eksplorasi untuk nodus limfe kenkerosa, pengangkatan kelenjar pengobstruksi lebih komplit, serta pengobatan lesi kandung kemih yang berkaitan.

##### 2) Prostatektomi Parineal

Adalah pengangkatan kelenjar melalui insisi dalam perineum. Cara ini lebih praktis dibandingkan cara yang lain, dan sangat berguna untuk biopsi terbuka. Keuntungan yang lain memberikan memberikan pendekatan anatomis langsung, drainage oleh bantuan grafitasi, efektif untuk terapi kanker radikal, hemostaktik di bawah penglihatan langsung, angka

mortalitas rendah, insiden syok lenih rendah, serta ideal bagi pasien sangat tua dan ringkih. Pada pasca operasi luka bedah mudah terkontaminasi karena insisi dilakukan dekat rectal. Lebih jauh lagi inkontinensia, impotensi, atau cedera rectal dapat mungkin terjadi dari acara ini. Kerugian lain adalah kemungkinan kerusakan pada rectum dan spingter eksternal serta bidang operatif terbatas.

### 3) Prostatektomi retropubik

Adalah suatu teknik yang lebih umum dibanding pendekatan suprapubik dimana insisi abdomen lbh rendah mendekati kelenjar prostat, yaitu antara arkus pubis dan kandung kemih tanpa memasuki kandung kemih. Prosedur ini cocok untuk kelenjar besar yang terletak tinggi dalam pubis. Meskipun darah yang keluar dapat dikontrol dengan baik dan letak bedah untuk dilihat, infeksi dapat cepat terjadi dalam ruang retropubis. Kelemahan lainnya adalah tidak dapat mengobati penyakit kandung kemih yang berkaitan serta insiden hermorargi akibat pleksus venosa prostat meningkat juga osteitis pubis. Singkat serta kerusakan spingter kandung kemih lebih sedikit.

#### 4) Insisi Prostat Transuretral (TUIP)

Suatu prosedur menangani BPH dengan cara memasukan instrument melalui uretra. Satu atau dua buah insisi dibuat pada prostat dan kapsul prostat untuk mengurangi tekanan prostat pada uretra dan mengurangi kontraksi uretral. Cara ini diindikasikan ketika kelenjar prostat berukuran kecil (30 gram/kurang) dan efektif dalam mengobati banyak kasus BPH. Cara ini dapat dilakukan di klinik rawat jalan dan mempunyai angka komplikasi lebih rendah di bandingkan cara lainnya.

#### 5) TURP (TransUretral Reseksi Prostat)

TURP adalah suatu operasi pengangkatan jaringan prostat lewat uretra menggunakan resektroskop, dimana resektroskop merupakan endoskop dengan tabung 10-3-F untuk pembedahan uretra yang dilengkapi dengan alat pemotong dan counter yang disambungkan dengan arus listrik. Tindakan ini memerlukan pembiusan umum maupun spinal dan merupakan tindakan invasif yang masih dianggap aman dan tingkat morbiditas minimal.

TURP merupakan operasi tertutup tanpa insisi serta tidak mempunyai efek merugikan terhadap potensi kesembuhan. Operasi ini dilakukan pada prostat yang mengalami pembesaran antara 30-60 gram, kemudian

dilakukan reseksi. Cairan irigasi digunakan secara terus - menerus dengan cairan isotonis selama prosedur. Setelah dilakukan reseksi, penyembuhan terjadi dengan granulasi dan repitelisasi uretra pars prostatika.

Setelah dilakukan TURP, dipasang kateter foley tiga saluran no.24 yang dilengkapi balon 30 ml, untuk memperlancar pembuangan gumpalan darah dari kandung kemih. Irigasi kandung kemih yang konstan dilakukan setelah 24 jam bila tidak keluar bekuan darah lagi. Kemudian kateter di bilas setiap 4 jam sampai cairan jernih. Kateter di ikat setelah 3-5 hari setelah operasi dan pasien harus sudah dapat berkemih dengan lancar.

TURP masih merupakan standar emas. Indikasi TURP ialah gejala –gejala dari sedang sampai berat, volume prostat kurang dari 60 gram dan pasien cukup sehat untuk mengalami operasi. Komplikasi TURP jangka pendek adalah pendarahan, infeksi, hiponatremia atau retensio oleh karena bekuan darah. Sedangkan komplikasi jangka panjang adalah striktura uretra, ejakulasi retrograd (50-90%), impotensi (4-40%). Karena pembedahan tidak mengobati penyebab BPH, maka biasanya penyakit ini akan timbul kembali 8-10 tahun kemudian (Basuki,2011).

### **2.1.7. Penatalaksanaan Post Operatif**

1. Monitoring terhadap respirasi, sirkulasi dan kesadaran pasien
2. Observasi ketidaknyamanan nyeri
3. Pemberian antibiotik
4. Perawatan kateter

(Basuki,2011).

### **2.1.8. Komplikasi**

1. Pendarahan pascaoperasi dan retensi bekuan darah
2. ISK(infeksi saluran kemih)
3. Ejekulasi retrograd, impotensi
4. Sindrom TURP : pada 2% pasien penyerapan cairan irigasi melalui sinus vena pada prostat menyebabkan hiponatremia, hipotensi, dan asidosis metabolic.
5. Inkontinensia
6. Struktur uretra

(Grace,2006)

## 2.2. Konsep Asuhan Keperawatan BPH

### 2.2.1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data . pengumpulan data adalah kegiatan untuk menghimpun informasi tentang setatus kesehatan pasien (Rohmah, 2012).

#### 1. Pengkajian data

##### a. Identitas pasien

Pengkajian pasien dengan BPH ditemukan pada pria berusia >50 tahun. Status perkawinan tidak mempengaruhi terjadinya BPH.

##### b. Keluhan utama

Post operasi

Keluhan yang muncul sat post operasi ialah nyeri luka post operasi, kencing bercampur darah, retensi urin (Amin dan Hardhi, 2013).

##### c. Riwayat kesehatan

#### 1. Riwayat kesehatan sekarang

Post operasi

Keluhan yang sering muncul berupa nyeri luka operasi, dan kencing bercampur darah, retensi urin (Amin dan Hardhi, 2013).

2. Riwayat kesehatan masa lalu

Adanya riwayatnyeri BAK, kencing bercampur darah uri keluar menetes pancaran lemah dan sulit saat memulai BAK dan kencing terputuss-putus (Amin dan Hardhi, 2013).

3. Riwayat kesehatan keluarga

BPH bukan merupakan penyakit turunan, sehingga tidak terdapat riwayat kesehatan keluarga yang sama seperti yang dialami pasien.

d. Pola-pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Post operasi

Pasien dalam pemenuhan kebutuhannya dibantu oleh keluarga serta perawat.

2) Pola nutrisi dan metabolisme

Makan

Post operasi

Muncul anoreksia akibat nyeri

Minum

Post operasi

Pada pasien post operasi BPH disarankan memasukkan cairan setidaknya 3000 ml perhari sesuai indikasi(Doenges, 2005).

3) Pola tidur dan istirahat

Post operasi

Tidak ditemukan adanya gangguan tidur

4) Pola eliminasi

Eliminasi Alvi :

Post operasi

Biasanya pada pasien post operasi ditemukan juga keluhan konstipasi karena gerak peristaltic usus lemah efek anastesi.

Eliminasi uri :

Post operasi

Dapat ditemukan retensi urine karena adanya darah dalam urine, pembutuhan karena bekuan darah menyumbat kateter (Amin dan Hardhi, 2013)

5) Pola latihan dan aktivitas

Post operasi

Tidak ditemukan gangguan dalam beraktivitas dan pemenuhan kebutuhannya (Amin dan Hardhi, 2013).

6) Pola persepsi dan konsep diri

Post operasi

Dapat juga muncul masalah harga diri rendah karena muncul disfungsi seksual akibat tindakan pembedahan.

7) Pola sensori dan kognitif

sensori

Post operasi

Adanya nyeri karena adanya luka bekas operasi.

Kognitif

Pada Penderita penyakit BPH sering ditemukan kurangnya pengetahuan tentang BPH serta tindakan pembedahan.

8) Pola reproduksi seksual

Post operasi

Didapat pula penurunan fungsi seksual pasca pembedahan karena adanya inkontinensia dan kebocoran urine, serta terpasangnya kateter.

9) Pola hubungan peran

Post operasi ditemukan hubungan social yang baik antara pasien dengan keluarga dan lingkungan disekitarnya.

10) Pola penanggulangan stress

Biasanya pada pre dan post operasi tidak muncul adanya gangguan penanggulangan stress

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Post operasi

Dapat pula timbul distress spiritual karena ketidak mampuan pasien dalam beribadah.

e. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Post operasi

Pada post operasi biasanya tidak terjadi perubahan dari pre operasi

2) Muka

Post operasi

Dapat ditemukan perubahan raut muka yang menyeringai kesakitan karena nyeri luka post operasi

3) Mata

Post operasi

Kondisi mata pada post operasi tidak mengalami perubahan dari kondisi sebelumnya. Namun dapat terjadi anemis jika terjadi syok hypovolemi karena perdarahan (Amin dan Hardhi, 2013).

4) Hidung

Post operasi

Tidak ditemukan kelainan pada hidung seperti epiktasis dan pernapasan cupong hidung.

5) Mulut dan faring

Post operasi

Pada pasien post operasi prostatektomi terkadang dapat ditemukan mukoasa bibir yang kering jika terjadi kekurangan volume cairan karena perdarahan yang berlebihan

## 6) Leher

## Post operasi

Pada pasien post operasi kondisi leher tidak mengalami perubahan dari kondisi pre operasi.

## 7) Thorak

## Post operasi

Pada post operasi hasil kajian biasanya tidak jauh berbeda dengan pre operasi, namun dapat ditemukan peningkatan frekuensi napas akibat nyeri yang dirasakan pasien dan bisa ditemukan adanya suara napas tambahan karena efek dari anastesi sehingga otot-otot faring mengalami relaksasi dan dapat menyumbat jalan napas.

## 8) Abdomen

## Post operasi

Pada post operasi TURP akan tampak adanya nyeri tekan di daerah perut bawah. Saat diperkusi kemungkinan suara redup ada karena residual urine yang disebabkan buntunya selang kateter oleh bekuan darah. Dan bising usus akan berkurang karena efek dari anastesi yang menyebabkan organ dalam dalam abdomen berelaksasi.

## 9) Inguinal, Genital dan anus

## Post operasi

Terpasang selang kateter pada organ kelaminnya dan terpasang irigasi serta traksi kateter.

#### 10) Integument

##### Post operasi

Pada pasien post operasi dapat ditemukan CRT < 2 dan akral dingin basah pucat detik jika terdapat syok hipovolemik. Ada peningkatan suhu tubuh jika terjadi infeksi.

#### 11) Ekstremitas dan neurologi

##### Post operasi

Didapatkan kesadaran somnolen jika pasien masih dalam efek anastesi.

#### 12) Pemeriksaan penunjang

Data penunjang meliputi farmakoterapi dan prosedur diagnostic medic seperti pemeriksaan darah, urine, radiologi dll.

### **2.2.2. Analisa data**

Data yang muncul post operasi yaitu :

1. Kelompok data pertama.
  - a. Data
    - 6) Ekspresi wajah menyeringai
    - 7) Tekanan darah meningkat
    - 8) Frekuensi nadi meningkat
  - b. Masalah keperawatan

Nyeri akut
  - c. Kemungkinan penyebab

Luka operasi

2. Kelompok data kedua

a. Data

1. Terpasang kateter
2. Suhu tubuh normal
3. Leukosit dalam jumlah normal

b. Masalah keperawatan

Resiko infeksi

c. Kemungkinan penyebab

Luka operasi, kateter dan irigasi kandung kemih

3. Kelompok data ketiga

a. Data

- a. Terpasang kateter
- b. Adanya penyumbatan akibat bekuan darah
- c. Suara redup ada karena residual urine

b. Masalah keperawatan

Perubahan eliminasi urine :retensi urine,hematuria

c. Kemungkinan penyebab

Bekuan darah

#### 4. Kelompok data keempat

##### a. Data

- 1) Tampak adanya darah dalam urine
- 2) Frekuensi nadi meningkat
- 3) Anemis dan tampak pucat

##### b. Masalah keperawatan

Resiko kekurangan volume cairan dan elektrolit

##### c. Kemungkinan penyebab

perdarahan

### 2.2.3. Diagnosis keperawatan

Pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau pola interaksi actual atau potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan Tu untuk mengurangi, menyingkirkan, atau mencegah perubahan (Amin dan Hardhi, 2013).

Diagnosis yang lazim muncul pada post operasi

- a. Nyeri akut berhubungan dengan luka operasi
- b. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan sebagai efek sekunder dari prosedur pembedahan
- c. Perubahan eliminasi urine : retensi urine, hematuri berhubungan dengan obstruksi mekanik ; bekuan darah, edema dan trauma

- d. Resiko kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan perdarahan.

#### **2.2.4. Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Tahap ini dimulai setelah menentukan diagnosis keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi (Amin dan Hardhi, 2013).

Perencanaan Post Operasi (Amin dan Hardhi, 2013)

##### **1. Diagnosis Keperawatan 1**

Nyeri akut berhubungan dengan lukan operasi

NOC

- a. Tujuan : Rasa nyaman terpenuhi
- b. Kriteria :
  - 1) Ekspresi wajah pasien rileks
  - 2) Pasien mengatakan rasa nyeri berkurang
  - 3) Luka operasi kering

NIC

- 1) Pengkajian nyeri secara komprehensif (lokasi, skala, kualitas, waktu)

Rasional : Mengetahui tingkat nyeri serta sebagai acuan dalam tindakan selanjutnya

2) Monitor tanda-tanda vital

Rasional : Membantu mengkaji keadaan pasien

3) Ajarkan teknik non farmakologi(distraksi dan relaksai)

Rasional : Relaksasi membantu dalam mengurangi nyeri yang menyerang

4) Berikan informasi tentang kateter, drynase dan spasme kandung kemih

Rasional : Menghilangkan ansietas dan meningkatkan kerja sama dalam pemberian tindakan

5) Kolaborasi dengandokter dalam pemberian terapi analgesic

Rasional : Analgesic mengurangi rasa nyeri

2. Diagnosis Keperawatan 2

Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan sebagai efek skunder dari prosedur pembedahan

NOC

a. Tujuan : tanda-tanda infeksi tidak muncul

b. Kriteria hasil

- 1) Pasien bebas dari tanda-tanda infeksi
- 2) Menunjukkan kemampuan mencegah timbulnya infeksi
- 3) Jumlah leukosit dalam batas normal
- 4) Menunjukkan perilaku hidup sehat

## NIC

- 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan

Rasional : Mencegah terjadinya proses masuknya agen infeksi

- 2) Pertahankan lingkungan aseptik

Rasional : Lingkungan aseptik mencegah proses infeksi

- 3) Monitor tanda dan gejala infeksi (nyeri, kemerahan, edema, peningkatan suhu tubuh)

Rasional : Mengetahui apabila munculnya tanda gejala nyeri

- 4) Ajarkan kepada pasien tanda-tanda infeksi

Rasional: Segera melaporkan jika tanda gejala muncul

- 5) Kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotic

Rasional : Antibiotic mencegah terjadinya infeksi

### 3. Diagnosis Keperawatan 3

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

## NOC

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

- b. Kriteria :

- 1) Tidak ada tanda dan gejala retensi urine

- 2) Tidak ada hematuria

- 3) Urine keluar dengan lancar melalui kateter

## NIC

- 1) Kaji saluran urine dan system 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, ketidak mampuan 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 pasien untuk berkemih bila terasa dorongan tetapi tidak lebih dari 2-4 jam per protocol.

Rasional :

Berkemih dengan dorongan mencegah retensi urine

- 4) Ukur volume residual urine

Rasional :

Mengawasi keefektifan pengosongan kandung kemih

- 5) Dorong pemasukan cairan 3000ml 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 pasca operasi

Rasional :

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

4. Resiko kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan perdarahan

NOC

a. Tujuan : tidak terjadi kekurangan volume cairan

b. Kriteria :

- 6) Tanda-tanda vital stabil
- 7) Nadi perifer teraba
- 8) Membrane mukosa lembab
- 9) Pengisian kapiler baik

## NIC

## 1) Monitor intake dan outout

Rasional :

Indicator keseimbangan cairan dan kebutuhan penggantian

## 2) Observasi drainase kateter

Rasional :

Perdarahan tidak umum terjadi pada 24 jam pertama tetapi perlu pendekatan parineal

## 3) Evaluasi warna dan konsistensi urine

Rasional :

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

## 4) Monitor tanda-tanda vital

Rasional :

Dehidrasi memerlukan intervensi cepat sehingga tidak jatuh pada syok hypofolemi

## 5) Awasi pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi

Rasional :

Berguna dalam evaluasi kehilangan darah atau kebutuhan penggantian darah

### **2.2.5. Pelaksanaan Keperawatan**

Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur Rohmah, 2012)

### **2.2.6. Evaluasi**

Penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan criteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah, 2012).

#### Post Operasi

Dari dasar diatas, pasien dengan post operasi evaluasi hasilnya sebagai berikut :

1. Pasien mengungkapkan rasa nyerinya berkurang atau hilang dan menunjukkan raut wajah yang rileks
2. Pasien dapat BAK dengan tuntas, dan urine keluar secara komplit, dan tidak teraba distensi kandung kemih.
3. Tidak terjadi infeksi
4. Tidak terjadi kekurangan volume cairan dan elektronik
5. Tidak terjadi disfungsi seksual
6. Pasien dan keluarga menyatakan memahami tentang cara perawatan

