

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. Y DENGAN GANGGUAN
SISTEM PERKEMIHAN POST PROSTATECTOMY HARI KE-1
DI RUANG CEMPAKA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
PANDAN ARANG BOYOLALI**

**Diajukan Guna Melengkapi Tugas-Tugas dan Memenuhi Syarat-Syarat Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan**

NASKAH PUBLIKASI



Disusun oleh:

AJI PERDANA

J 200 100 022

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

2013



**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

Jl. A. Yani Tromol Pos I – Pabelan, Kartasura Telp. (0271) 717417 Fax:
715448 Surakarta 57102

SURAT PERSETUJUAN ARTIKEL PUBLIKASI ILMIAH

Yang bertanda tangan dibawah ini pembimbing tugas akhir:

Nama : Agus Sudaryanto S.Kep.,Ns.,M.Kes

Telah membaca dan mencermati naskah artikel publikasi ilmiah yang
merupakan ringkasantugas akhir dari mahasiswa:

Nama : Aji Perdana

NIM : J200100022

Program Studi : D III Keperawatan

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. Y
DENGAN GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN
POST PROSTATECTOMY HARI KE-1 DI
RUANG CEMPAKA RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH PANDAN ARANG BOYOLALI

Naskah artikel tersebut layak dan dapat disetujui untuk dipublikasikan.

Demikian persetujuan ini di buat, semoga dapat dipergunakan seperlunya.

Surakarta 23 Juli 2013

Pembimbing

Agus Sudaryanto S.Kep.,Ns.,M.Kes

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. Y DENGAN GANGGUAN
SISTEM PERKEMIHAN : POST OPERASI PROSTATECTOMY
HARI KE-1 DI RUANG CEMPAKA RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH PANDANARANG BOYOLALI
(Aji Perdana, 2013, 41 halaman)**

ABSTRAK

Latar Belakang: Benigna prostat hiperplasia sering terjadi pada laki-laki usia 50 tahun keatas oleh karena disebabkan oleh faktor usia dan panataklasaan penderit Benigna prostat hiperplasia cukup rumit.

Tujuan: Untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan pada pasien dengan post operasi prostatectomy meliputi pengkajian, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

Hasil: Setelah dilakukan asuhan keperawatan didapatkan hasil nyeri sudah berkurang dari skala 6 ke 3, memerlukan perawatan luka post operasi, aktifitas sehari-hari meningkat, dan klien sudah bisa istirahat tidur nyenyak .

Kesimpulan: Kerjasama antar tim kesehatan dan pasien/keluarga sangat diperlukan untuk keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien, komunikasi terapeutik dapat mendorong pasien lebih kooperatif, teknik relaksasi guided imagery dapat mengurangi nyeri dan merupakan tindakan yang disukai pasien.

Kata Kunci: Post operasi prostatectomy, nyeri akut, hambatan mobilitas, retensi urin, Resiko infeksi.

**NURSERY CARE OF CLIENT WITH URINAL SYSTEM DISORDER :
POST OPERATION PROSTATECTOMY DAY 1ST AT
CEMPAKA ROOM IN THE GENERAL REGIONAL
HOSPITAL OF PANDANARANG BOYOLALI
(Aji Perdana, 2013, 41 pages)**

ABSTRACT

Background : Benigne prostat hiperplasia disease often occurs in men aged above 50 years because of the age factor and the management of patients with benigne prostat hiperplasia quite complicated.

Aim Of Research : To study about nursing care on client with benigna prostat hiperplasia including assesment, intervention, implementation and evaluation.

Result : After implementation of nursing care it founds that pain level was decrease from 6 to 3, Required wound care, increased on level of activity, and Client has been able to sleep soundly.

Conclusion : Teamwork between client/family and care giver absolutly needed for success on nursery care, terapheutic communication was encourage the client more cooperatif, relaxation technic with guided imagery program can release/decrease the pain more effective and the client enjoyed with this program.

Key words : Post operation prostatectomy, acute pain, impaired mobility, urinary retention, risk of infection

A. Latar Belakang

Dari data hasil rekam medik rumah sakit pandanarang boyolali pada tahun 2012 adalah sebanyak 90 kasus dan awal tahun 2012 sampai april 2013 tercatat 131 kasus. Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk menulis karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. Y Dengan Gangguan Sistem Perkemihan Post Prostatectomy Hari Ke-1 Di Ruang Cempaka Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Arang Boyolali”. Dengan tujuan supaya masyarakat lebih waspada mengenali tanda-tanda penyakit Benigna Prostat Hiperplasia beserta penanganannya.

B. Pengertian

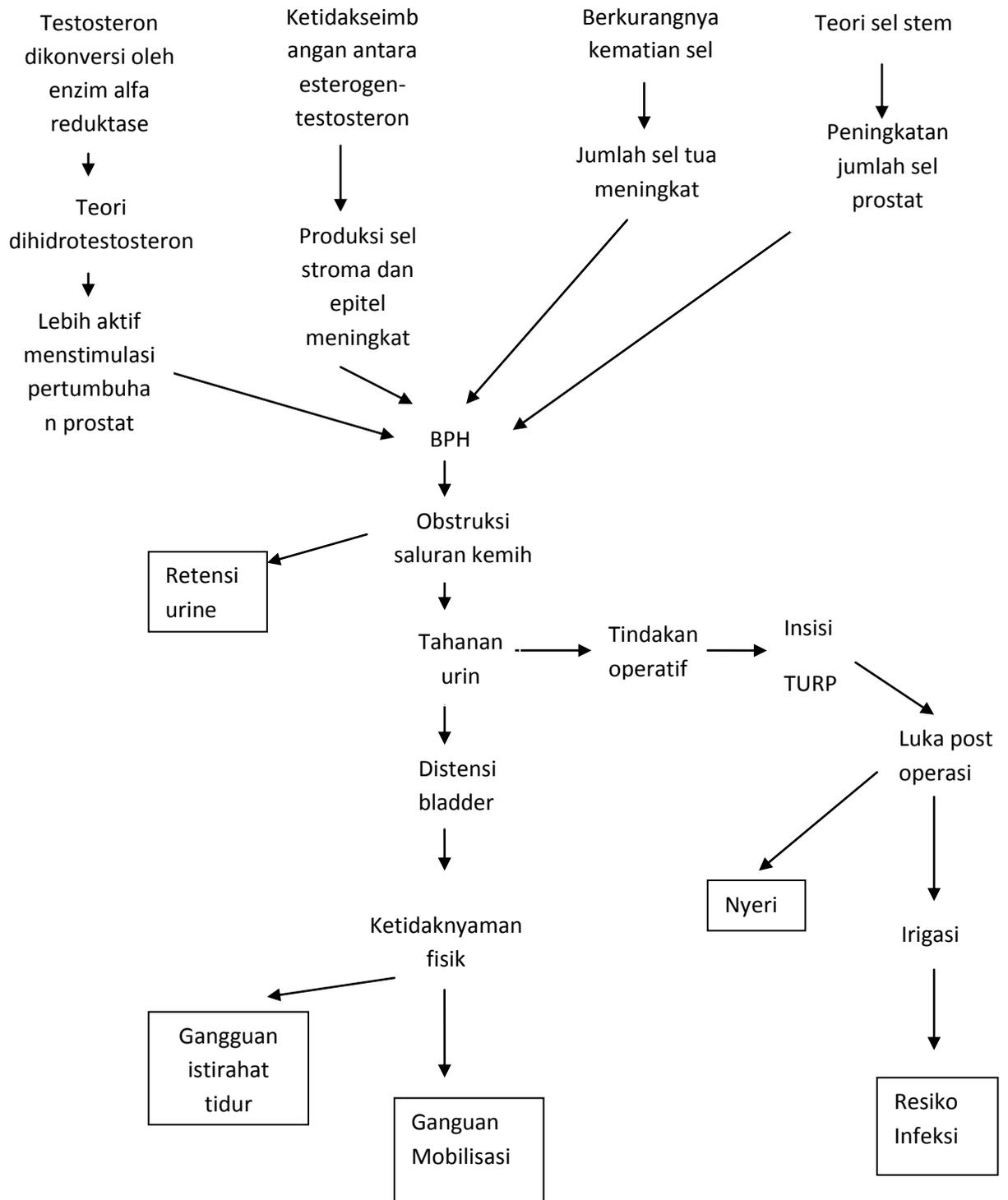
Menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari (2009), *Benigna Prostat Hyperplasia* (BPH) adalah pembesaran jinak kelenjar prostat yang disebabkan oleh *hiperplasia* baik sebagian maupun semua komponen prostat yang meliputi jaringan kelenjar / jaringan fibromuskuler sehingga menyebabkan penyumbatan uretra pars prostatika. Sedangkan menurut Sjamsuhidajat dan De Jong (2005), *Benigna Prostat Hyperplasia* adalah Hyperplasia kelenjar periureteral yang menyebabkan jaringan prostat yang asli terdesak ke perifer dan menjadi simpai bedah.

C. Etiologi

Menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari (2012), Penyebab yang pasti dari terjadinya *Benigna Prostat Hyperplasia* sampai sekarang belum diketahui secara pasti, ada 2 faktor yang mempengaruhi terjadinya *Benigna Prostat Hyperplasia* yaitu testis dan usia lanjut.

Hipotesa yang diduga menyebabkan timbulnya *Benigna Prostat Hyperplasia* antara lain Hipotesis *Dihidrotestosteron* (DHT), Ketidakseimbangan esterogen – testosteron, Interaksi stroma – epitel, Penurunan sel yang mati dan Teori stem cell.

D. Pathways



Wijaya dan Putri (2013), Jitowiyono (2012), Sjamsuhidajat dan De Jong (2005)

E. Pengkajian

Penulis menemukan data dalam kasus nyata yang diantaranya adalah pasien sebelum dibawa ke rumah sakit mengeluh saat BAK nyeri dan bercampur darah, saat kencing membutuhkan waktu lama. pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, hal ini disebabkan karena prostat telah mengalami pembesaran sehingga menyumbat aliran urine. Penulis juga memperoleh data yaitu pasien mengatakan ada luka bekas post operasi *prostatectomy* di perut bagian bawah, pasien mengatakan tidak bisa tidur karena merasakan nyeri, sehari hanya tidur 1-2 jam saja. Terdapat luka post operasi *prostatectomy* di perut bagian bawah (Suprapubik), keadaan umum pasien lemah, wajah pasien terlihat meringis menahan sakit, perubahan posisi tidur dibantu orang lain, pasien terlihat mengantuk dan sering menguap.

Pada pemeriksaan laborat pada tanggal 1-5-2013 penulis menemukan data yang tidak normal yaitu LED 25/mm (N: 0-20), Eosinofil 0%(N: 1-3), Neutrofil Segmen 71,9%(N: 50-70), Hematokrit 30,9 (N: 42-52), Eritrosit $3,44 \cdot 10^6/\mu\text{L}$ (N: 4,7-6,1), RDW 15,60 (N: 32-36).

Pada pemeriksaan colok dubur (*Rectal Touher*) dijumpai nodul atau benjolan pada prostat. Pada pemeriksaan USG abdomen terdapat pembesaran prostat dan ukurannya. Sedangkan program terapi farmakologi yang diresepkan oleh dokter yaitu Infus RL 20 tpm, inj cefotaxime 1 gr/12jam, inj ketorolac 30 mg/ml 8jam, inj ranitidin 25 mg/ml 12jam, Irigasi Nacl, Diet TKTP.

F. Diagnosa

Penulis merumuskan 4 diagnosa dari pengkajian tanggal 1-5-2013 jam 10.00 WIB, yaitu: Pertama: Nyeri akut berhubungan dengan agens injuri fisik, kedua: Hambatan mobilitas tidur berhubungan dengan Nyeri, ketiga: Gangguan istirahat tidur berhubungan dengan Ketidaknyamanan fisik, Keempat : Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan.

G. Intervensi

Pada diagnosa pertama, nyeri akut berhubungan dengan agens injuri fisik, penulis menetapkan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil nyeri skala <6 atau 0. akan dilakukan tindakan observasi keadaan luka, mengkaji riwayat nyeri, lakukan perawatan luka setiap hari, mengajarkan teknik relaksasi, jelaskan mengenai penyebab nyeri, kolaborasi dengan klien untuk menentukan metode yang digunakan untuk menurunkan nyeri. Kekuatan dari intervensi ini adalah dapat mengurangi nyeri yang dirasakan pasien. Kelemahan dari intervensi ini adalah tidak semua jenis teknik relaksasi dapat dilakukan karena pasien terlihat lemah.

Pada diagnosa kedua, hambatan mobilitas ditempat tidur berhubungan dengan nyeri, penulis menetapkan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, pasien mengubah posisi ditempat tidur secara mandiri tanpa merasakan nyeri dengan kriteria hasil yaitu: pasien dapat mengubah posisi ditempat tidur secara mandiri semisal mengubah posisi ke tidur miring, mengubah ke posisi duduk secara mandiri. Intervensinya adalah kaji ADL yang dapat dilakukan pasien,

dekatkan keperluan pasien (obat, makanan, minuman dll), bantu klien dalam beraktivitas (sibin, minum obat, makan, minum), diskusikan dengan keluarga tentang ADL yang sesuai dengan pasien dan agar tetap membantunya dalam beraktivitas. Kekuatan dari intervensi ini adalah dapat membantu memenuhi kebutuhan pasien. Kelemahan dari intervensi ini adalah pasien kesulitan dalam memenuhi kebutuhan jika tidak ada yang membantu.

Pada diagnosa ketiga, gangguan istirahat tidur berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik, tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam pasien dapat tidur dengan nyenyak dengan kriteria hasil Pasien dapat tidur dengan nyenyak, tidur dalam sehari \pm 7-8 jam. Intervensinya adalah kaji istirahat tidur pasien, berikan analgetik untuk meredakan nyeri, ajarkan teknik relaksasi pada pasien, kolaborasi dengan keluarga pasien untuk menciptakan lingkungan yang nyaman, berikan penjelasan kepada klien dan keluarga tentang pentingnya istirahat tidur. Kekuatan dari intervensi ini adalah pasien kooperatif dalam tindakan yang dilakukan. Kelemahan dari intervensi ini adalah pasien belum bisa tidur dengan nyenyak jika masih merasakan keluhan nyeri.

Pada diagnosa keempat, resiko tinggi infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan, tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam tidak terjadi tanda-tanda infeksi dengan kriteria hasil: tidak ada kemerahan pada luka, tidak ada pus dalam luka dan klien tidak mengeluh gatal pada luka. Intervensinya adalah pantau tanda-tanda infeksi,

melakukan pencegahan infeksi dengan merawat luka setiap hari, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotik. Kekuatan dari intervensi ini adalah dapat mempercepat proses penyembuhan luka. Kelemahan dari intervensi ini adalah penulis tidak mampu memantau klien sepenuhnya agar terhindar dari infeksi.

H. Implementasi

Diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agens injuri fisik. Implementasi yang dilakukan adalah mengkaji tanda-tanda vital pasien dan mengkaji riwayat nyeri pasien, menjelaskan mengenai penyebab nyeri, mengajarkan teknik relaksasi. Penulis tidak melakukan banyak jenis teknik relaksasi karena pasien agak lemah, yang penulis ajarkan adalah guided imagery untuk mengurangi nyeri.

Diagnosa hambatan mobilitas di tempat tidur berhubungan dengan Nyeri. Implementasi yang dilakukan adalah mengkaji ADL yang dapat dilakukan pasien, mendekatkan keperluan pasien (makanan, minuman, obat), mengajarkan latihan rom pasif dan aktif kepada pasien, menganjurkan kepada keluarga untuk melatih rom aktif dan rom pasif kepada klien. Penulis tidak bisa membantu setiap saat keperluan yang dibutuhkan klien maka penulis menganjurkan kepada keluarga untuk membantu aktivitas klien.

Diagnosa ketiga gangguan istirahat tidur berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik. Implementasi yang dilakukan adalah mengkaji istirahat tidur, mengajarkan teknik relaksasi pada pasien, menyarankan

keluarga untuk membantu menciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien. Penulis sudah melakukan tindakan-tindakan tersebut.

Diagnosa keempat resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan, Implementasi yang dilakukan adalah mengkaji tanda-tanda infeksi dari penampilan luka, melakukan pencegahan infeksi dengan cara melakukan perawatan luka, menganjurkan kepada pasien dan keluarga pasien untuk menjaga personal hygiene dan diperoleh, memberikan injeksi cefotaxime 1gr/12jam, ranitidin 50mg/12jam dan Ketorolac 30mg/8jam. Penulis tidak bisa memberikan injeksi terus menerus terkadang injeksi diberikan oleh perawat rumah sakit dan terkadang juga mahasiswa lain.

I. Evaluasi

Evaluasi dilakukan pada tanggal tanggal 3 Mei 2013 pukul 13.30 WIB. Berikut evaluasi yang dilakukan untuk tiap diagnosa yang muncul.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens injuri fisik

Penulis memperoleh data subyektif: Pasien mengatakan masih merasakan nyeri. Data obyektif: P= Luka bekas post operasi prostatectomy, Q= Seperti tertekan benda tumpul, R= Pada perut bagian bawah, S= Skala 3, T= Hilang timbul. Assesmen: masalah keperawatan nyeri teratasi sebagian. Planning: intervensi dilanjutkan, lakukan perawatan luka setiap hari, mengajarkan teknik relaksasi, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgesik.

2. Hambatan mobilitas ditempat tidur berhubungan dengan nyeri

Penulis mendapatkan data subyektif: Pasien mengatakan belum bisa merubah posisi ke duduk karena masih sakit tetapi merubah posisi miring ke kanan/kiri sudah bisa mandiri. Data obyektif: Pasien masih belum bisa merubah posisi ke posisi duduk tetapi merubah posisi tidur miring ke kanan dan kekiri sudah bisa. Assessment: Masalah keperawatan hambatan mobilitas tidur berhubungan dengan nyeri teratasi sebagian. Planning: Intervensi dilanjutkan, mengkaji ADL yang dapat dilakukan pasien, dekatkan keperluan pasien (obat, makanan, minuman dll), ajarkan latihan rom aktif dan rom pasif pada klien, bantu klien dalam beraktifitas (sibin, minum obat, makan, minum), diskusikan dengan keluarga tentang ADL yang sesuai dengan pasien dan agar tetap membantunya dalam beraktifitas.

3. Gangguan istirahat tidur berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik

Penulis mendapatkan data subyektif: Pasien mengatakan sudah bisa tidur namun agak terganggu dengan nyeri yang dirasakan, sehari tidur 7-8jam/hari. Data obyektif: Wajah pasien terlihat rileks, tidak terlihat mengatuk dan juga tidak sering menguap. Assessment: Masalah keperawatan gangguan istirahat tidur berhubungan dengan nyeri teratasi. Planning: Intervensi dilanjutkan, ajarkan teknik relaksasi untuk meredakan nyeri, kolaborasi dengan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang nyaman.

4. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan

Penulis mendapatkan data subyektif: pasien mengatakan masih nyeri,
Data obyektif: Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti gatal-gatal, kemerahan
disekitar luka dan adanya pus di luka. Assessment: Masalah keperawatan
resiko tinggi infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan teratasi.
Planning: Intervensi dilanjutkan, pantau tanda-tanda infeksi pada luka,
lakukan perawatan luka setiap hari untuk mencegah infeksi.

DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, L. J. and Moyet. 2007. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Edisi 10*. Jakarta: EGC
- Carpenito, L. J. 2009. *Diagnosis Keperawatan Aplikasi Pada Praktik Klinis*. Jakarta: EGC
- McPhee, S. J and Papadakis, M. A, dkk. 2012. *Current Medical Diagnosis & Treatment*. USA: Cenevo Publisher Services.
- Djuantoro, D. 2011. *Case Files: Ilmu Bedah*. Tangerang: KARISMA Publishing Group
- Lewis, S. M, Heitkemper, M. M, and Dirksen S. R. 2005. *Lewis's Medical-Surgical Nursing*. New South Wales: Elsevier
- Jitowiyono, S, dan Kristiyanasari, W. 2012. *Asuhan Keperawatan Post Operasi*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Muttaqin, A, dan Sari, K. 2009. *Asuhan Keperawatan Perioperatif Konsep, Proses, Dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika
- Nanda. 2012. *Diagnosis Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Purnomo, B. B. 2011. *Dasar-Dasar Urologi*. Jakarta: CV Sagung Seto
- Robbins, S. L, Kumar, V, and Cotran, R. S. 2007. *Buku Ajar Patologi Volume 2*. Jakarta: EGC
- Sjamsuhidajat, R dan Jong, W. D. 2005. *Buku Ajar Ilmu Bedah Edisi 2*. Jakarta: EGC
- Sjamsuhidajat R and Jong W. D. 2011. *Buku Ajar Ilmu Bedah Edisi 3*. Jakarta: EGC
- Wijaya, A. S, dan Putri, Y. M. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah 1*. Yogyakarta: Nuha Medika

Wilkinson, J. M, dan Ahern, N. R. 2012. *Diagnosis Keperawatan*. Jakarta: EGC