

Modul Mata Kuliah: KEPERAWATAN PERIOPERATIF

Eva Susanti, S.Kep., Ns., M.Kep.

**UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 28 TAHUN 2014
TENTANG HAK CIPTA**

**PASAL 113
KETENTUAN PIDANA
SANKSI PELANGGARAN**

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

Modul Mata Kuliah: KEPERAWATAN PERIOPERATIF

Eva Susanti, S.Kep., Ns., M.Kep.



Modul Mata Kuliah: KEPERAWATAN PERIOPERATIF

*Diterbitkan pertama kali dalam bahasa Indonesia
oleh Penerbit Global Aksara Pers*

ISBN: **978-623-462-122-8**

viii + 122 hal; 14,8 x 21 cm

Cetakan Pertama, September 2022

Copyright © April 2022 Global Aksara Pers

Penulis : Eva Susanti, S.Kep., Ns., M.Kep.
Penyunting : Muhamad Basyrul Muvid, M.Pd.
Desain Sampul : Hamin Thohari M.
Layouter : M. Yusuf

Hak Cipta dilindungi undang-undang.

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dengan bentuk dan cara apapun tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit.

Diterbitkan oleh:



Global Aksara Pers

Anggota IKAPI, Jawa Timur, 2021, No.

282/JTI/2021

Jl. Wonocolo Utara V/18 Surabaya

+628977416123/+628573269334

globalaksarapers@gmail.com

Kata Sambutan

Segala puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT karena berkat karunia-Nya, Buku Keperawatan Perioperatif ini dapat terselesaikan. Buku ini dapat di jadikan sebagai panduan bagi mahasiswa dan praktisi kesehatan dalam belajar ilmu Keperawatan khususnya Keperawatan Perioperatif .

Buku Keperawatan Perioperatif ini membahas tentang konsep dasar keperawatan perioperatif dan asuhan keperawatan perioperatif . Buku ini sangat penting bagi mahasiswa dan praktisi keperawatan dalam menambah wawasan ilmu keperawatan . Untuk itu saya mengucapkan selamat dan terima kasih kepada Penulis dan semua pihak yang telah membantu hingga Buku Keperawatan Perioperatif ini dapat terselesaikan.

Palembang, Juni 2022

Ketua Jurusan Keperawatan

Devi Mediarti, S.Pd., S.Kep., M.Kes.

Prakata Penulis

Puji syukur disampaikan ke hadirat Ilahi Robbi, karena pada akhirnya Buku Keperawatan Perioperatif dapat terselesaikan. Buku ini disusun untuk memberikan mahasiswa berbagai konsep dan teori Keperawatan Perioperatif. Buku ini diharapkan menjadi acuan belajar bagi mahasiswa untuk pencapaian pembelajaran teori pada Keperawatan Perioperatif

Buku ini tentunya masih banyak memiliki kekurangan, oleh karena itu, masukan dan saran yang positif kami harapkan demi perbaikan Buku ini. Semoga bermanfaat.

Palembang, 13 Juni 2022

Penulis,

Eva Susanti, S.Kep., Ns., M.Kep.

Daftar Isi

KATA SAMBUTAN –[v]

PRAKATA PENULIS –[vi]

DAFTAR ISI –[vii]

MODUL I: KONSEP DASAR KEPERAWATAN PERIOPERATIF –
[1]

MODUL II: KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN PRE
OPERATIF –[15]

MODUL III: KONSEP ASUHAN KEPERAWAAN INTRA
OPERATIF –[29]

MODUL IV: KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN POST
OPERATIF –[37]

MODUL V: KONSEP ASUHAN POST OPERASI BPH –[43]

MODUL VI : DISCHARGE PLANNING –[129]

DAFTAR PUSTAKA –[135]

PROFIL PENULIS –[137]

MODUL I

Konsep Dasar

Keperawatan Perioperatif

A. Pendahuluan

Keperawatan perioperatif adalah merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Istilah perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga tahap dalam suatu proses pembedahan yaitu tahap pra operasi, tahap intra operasi dan pasca operasi. Masing-masing tahap mencakup aktivitas atau intervensi keperawatan dan dukungan dari tim kesehatan lain sebagai satu tim dalam pelayanan pembedahan (Majid, 2011).

Keperawatan Perioperatif adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan di kamar bedah yang langsung diberikan pasien, dengan menggunakan metodologi proses keperawatan. Keperawatan perioperatif berpedoman pada standar keperawatan dilandasi oleh etika keperawatan dalam lingkup tanggung jawab keperawatan. Perawat yang bekerja di kamar operasi harus memiliki kompetensi dalam memberikan asuhan keperawatan perioperatif (HIPKABI, 2012).

Modul keperawatan ini disusun sebagai acuan pembelajaran perioperatif bagi mahasiswa dan mempermudah mahasiswa memahami konsep keperawatan perioperatif. Modul keperawatan perioperatif ini terdiri dari konsep dasar keperawatan operatif, tahapan perioperatif, prosedur perioperatif, perawatan perioperatif mulai dari pasien masuk rumah sakit hingga pembuatan discharge planning. Modul keperawatan perioperatif ini disusun berdasarkan kurikulum pembelajaran mahasiswa kesehatan.



KEGIATAN BELAJAR I

Konsep Keperawatan Perioperatif

1. Tahap-tahap keperawatan perioperatif
2. Prinsip-prinsip umum perawatan perioperatif
3. Klasifikasi Perawatan Perioperatif
4. Peran perawat perioperatif



TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari modul ini, Anda diharapkan dapat:

1. Menjelaskan Tahap-Tahap Keperawatan Perioperatif
2. Menjelaskan Prinsip-Prinsip Umum Perawatan Perioperatif
3. Menjelaskan Klasifikasi Perawatan Perioperatif
4. Menjelaskan Peran Perawat Perioperatif



TUGAS / LATIHAN

1. Jelaskan Tahap-Tahap Keperawatan Perioperatif
2. Jelaskan Prinsip-Prinsip Umum Perawatan Perioperatif
3. Jelaskan Klasifikasi Perawatan Perioperatif
4. Jelaskan Peran Perawat Perioperatif



URAIAN MATERI

A. Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif adalah merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Istilah perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga tahap dalam suatu proses pembedahan yaitu tahap pra operasi, tahap intra operasi dan pasca operasi. Masing-masing tahap mencakup aktivitas atau intervensi keperawatan dan dukungan dari tim kesehatan lain sebagai satu tim dalam pelayanan pembedahan (Majid, 2011).

Keperawatan Perioperatif adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan di kamar bedah yang langsung diberikan pasien, dengan menggunakan metodologi proses keperawatan. Keperawatan perioperatif berpedoman pada standar keperawatan dilandasi oleh etika keperawatan dalam lingkup tanggung jawab keperawatan. Perawat yang

bekerja di kamar operasi harus memiliki kompetensi dalam memberikan asuhan keperawatan perioperatif (HIPKABI, 2012).

B. Tahap – Tahap Keperawatan Perioperatif

Ada beberapa tahapan dalam keperawatan perioperatif dan keberhasilan dari suatu pembedahan tergantung dari setiap tahapan tersebut. Masing-masing tahapan dimulai pada waktu tertentu dan berakhir pada waktu tertentu pula. Adapun tahap-tahap keperawatan perioperatif adalah (Hamlin, 2009):

1. Tahap pra operasi.

Tahap ini merupakan tahap awal dari keperawatan perioperatif. Kesuksesan tindakan pembedahan secara keseluruhan sangat tergantung pada tahap ini, kesalahan yang dilakukan pada tahap ini akan berakibat fatal pada tahap berikutnya. Bagi perawat perioperatif tahap ini dimulai pada saat pasien diserahkan-terimakan di kamar operasi dan berakhir pada saat pasien dipindahkan ke meja operasi.

2. Tahap intra operasi.

Tahap ini dimulai setelah pasien dipindahkan ke meja operasi dan berakhir ketika pasien dipindahkan

ke ruang pemulihan. Aktivitas di ruang operasi difokuskan untuk perbaikan, koreksi atau menghilangkan masalah-masalah fisik yang mengganggu pasien tanpa mengenyampingkan psikologis pasien. Diperlukan kerjasama yang sinergis antar anggota tim operasi yang disesuaikan dengan peran dan tanggung jawab masing-masing. Salah satu peran dan tanggung jawab perawat adalah dalam hal posisi pasien yang aman untuk aktifitas pembedahan dan anestesi.

3. Tahap pasca operasi.

Keperawatan pasca operasi adalah tahap akhir dari keperawatan perioperatif. Selama tahap ini proses keperawatan diarahkan pada upaya untuk menstabilkan kondisi pasien. Bagi perawat perioperatif perawatan pasca operasi di mulai sejak pasien dipindahkan ke ruang pemulihan sampai diserahkan kembali kepada perawat ruang rawat inap atau ruang intensif.

C. Prinsip-Prinsip Umum Perawatan Perioperatif

Prinsip-prinsip umum dari perawatan perioeratif meliputi beberapa aspek diantaranya adalah:

1. Prinsip aseptis ruangan: Prinsip aseptis ruangan meliputi alat-alat bedah, seluruh sarana kamar operasi, personal operasi, sanal, baju, masker, topi, dan seluruh barang yang berada dikamar operasi.
2. Prinsip aseptis personil: Prinsip yang harus diterapkan oleh setiap personil yaitu harus memeperhatikan teknik scrubbing (cuci tangan), gowning (pemakaian gaun operasi), dan teknik gloving (pemakaian sarung tangan steril)
3. Prinsip aseptis pasien: Prinsip ini meliputi kebersihan pasien, desinfeksi lapangan operasi, dan tindakan drapping.
4. Prinsip aseptis instrumen: Hal yang harus diperhatikan adalah sterilisasi alat, cara mempertahankan kesterilan alat dimana pada saat pembedahan digunakan teknik-teknik tertentu tanpa singgung dan menjaga agar tidak bersinggungan dengan benda-benda non steril.

D. Menjelaskan Klasifikasi Perawatan Perioperatif

Menurut urgensimmaka tindakan operasi dapat diklasifikasikan menjadi 5 tingkatan, yaitu :

1. Kedaruratan/Emergency, pasien membutuhkan perhatian segera, gangguan mungkin mengancam jiwa.

Indikasi dilakukan operasi tanpa di tunda. Contoh: perdarahan hebat, obstruksi kandung kemih atau usus, fraktur tulang tengkorak, luka tembak atau tusuk, luka bakar sangat luas.

2. Urgen, pasien membutuhkan perhatian segera. Operasi dapat dilakukan dalam 24-30 jam. Contoh: infeksi kandung kemih akut, batu ginjal atau batu pada uretra.
3. Diperlukan, pasien harus menjalani operasi. Operasi dapat direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan. Contoh: Hiperplasia prostat tanpa obstruksi kandung kemih, gangguan tyroid dan katarak.
4. Elektif, Pasien harus dioperasi ketika diperlukan. Indikasi operasi, bila tidak dilakukan operasi maka tidak terlalu membahayakan. Contoh: perbaikan Scar, hernia sederhana dan perbaikan vaginal
5. Pilihan, Keputusan tentang dilakukan operasi diserahkan sepenuhnya pada pasien. Indikasi operasi merupakan pilihan pribadi dan biasanya terkait dengan estetika. Contoh: bedah kosmetik.

Sedangkan menurut faktor resikonya, tindakan operasi di bagi menjadi :

1. Minor, menimbulkan trauma fisik yang minimal dengan resiko kerusakan yang minim. Contoh: incisi dan drainage kandung kemih, sirkumsisi

2. Mayor, menimbulkan trauma fisik yang luas, resiko kematian sangat serius. Contoh: Total abdominal histerektomi, reseksi colon, dan lainlain.

E. Peran Perawat Perioperatif

Perawat perioperatif sebagai anggota tim operasi, mempunyai peran dari dari tahap pra operasi sampai pasca operasi. Secara garis besar maka peran perawat perioperatif adalah:

1. Perawat Administratif.

Perawat administratif berperan dalam pengaturan manajemen penunjang pelaksanaan pembedahan. Tanggung jawab dari perawat administratif dalam kamar operasi diantaranya adalah perencanaan dan pengaturan staf, manajemen penjadwalan pasien, manajemen perencanaan material dan manajemen kinerja. Oleh karena tanggung jawab perawat administratif lebih besar maka diperlukan perawat yang mempunyai pengalaman yang cukup di bidang perawatan perioperatif. Kemampuan manajemen, perencanaan dan kepemimpinan diperlukan oleh seorang perawat administratif di kamar operasi (Muttaqin, 2009)

2. Perawat Instrumen.

Perawat instrumen adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberikan wewenang dan ditugaskan dalam pengelolaan alat atau instrumen pembedahan selama tindakan dilakukan. Optimalisasi dari hasil pembedahan akan sangat didukung oleh peran perawat instrumen. Beberapa modalitas dan konsep pengetahuan yang diperlukan perawat instrumen adalah cara persiapan instrumen berdasarkan tindakan operasi, teknik penyerahan alat, fungsi instrumen dan perlakuan jaringan (HIPKABI, 2012).

3. Perawat sirkuler.

Perawat sirkuler adalah perawat profesional yang diberi wewenang dan tanggung jawab membantu kelancaran tindakan pembedahan. Peran perawat dalam hal ini adalah penghubung antara area steril dan bagian kamar operasi lainnya. Menjamin perlengkapan yang dibutuhkan oleh perawat instrumen merupakan tugas lain dari perawat sirkuler (Majid, 2011).

4. Perawat Ruang pemulihan.

Menjaga kondisi pasien sampai pasien sadar penuh agar bisa dikirim kembali ke ruang rawat inap adalah satu satu tugas perawat ruang pemulihan. Perawat yang bekerja di ruang pemulihan harus

mempunyai keterampilan dan pengetahuan tentang keperawatan gawat darurat karena kondisi pasien bisa memburuk sewaktu-waktu pada tahap pasca operasi (muttaqin,2009).

5. Perawat Anestesi.

Mempunyai wewenang dan tanggung jawab dalam tim anestesi untuk kelancaran pelaksanaan pembiusan adalah peran perawat anestesi. Seorang perawat anestesi adalah perawat yang terlatih di bidang perawatan anestesi dan telah menyelesaikan programpendidikan D-III anestesi atau yang sederajat. D-III Keperawatan yang telah mengikuti pelatihan keperawatan anestesi minimal selama satu tahun, juga bisa diberikan wewenang dalam perawatan anestesi (Muttaqin, 2009).

Peran perawat anestesi mulai dari tahap pra operasi, intra operasi dan pasca operasi. Pada tahap pra operasi, perawat anestesi berperan untuk melakukan sign in bersama dengan dokter anestesi. Tahap intra operatif, perawat anestesi bertanggung jawab terhadap kesiapan instrumen anestesi, manajemen pasien termasuk posisi pasien yang aman bagi aktivitas anestesi dan efek yang ditimbulkan dari anestesi. Kolaborasi dalam pemberian anestesi dan penanganan

komplikasi akibat anestesi antara dokter anestesi dan perawat anestesi, adalah hal yang wajib dilakukan sebagai anggota tim dalam suatu operasi baik dalam pemberian anestesi lokal, anestesi umum dan anestesi regional termasuk spinal anestesi (Majid, 2011).

MODUL II

Konsep Asuhan Keperawatan Pre- Operatif



KEGIATAN BELAJAR 2

1. Konsep keperawatan perioperatif
2. Tahap-tahap keperawatan perioperatif
3. Peran perawat perioperatif



TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari modul ini, Anda diharapkan dapat :

1. Menjelaskan tentang keperawatan Pre-Operatif
2. Menjelaskan tentang keperawatan intra Operatif
3. Menjelaskan tentang keperawatan Pasca operatif



TUGAS / LATIHAN

1. Jelaskan tentang Keperawatan pra-operatif
2. Jelaskan tentang Keperawatan intra-operatif
3. Jelaskan tentang Keperawatan pasca-operatif



URAIAN MATERI

A. Definisi Keperawatan Pra-Operatif

Pembedahan baik elektif maupun darurat, adalah peristiwa kompleks yang stres. Pembedahan bisa saja untuk menegakkan diagnosis (misal: spesimen biopsi, laparatomi ekplorasi). Pembedahan dapat bersifat penyembuhan (Misal: eksisi masa tumor). Pembedahan dapat bersifat reparatif memperbaiki luka yang multipel. Pembedahan Rekonstruktif atau Kosmetik, seperti perbaikan wajah. Pembedahan Paliatif, seperti ketika harus menghilangkan nyeri atau memperbaiki masalah, contoh ketika selang gastrostomi dipasang untuk mengkompensasi terhadap kemampuan untuk menelan makanan (Brunner & Suddart, 2011)

Tahap pre operatif merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai ketika pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan.

Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan pada saat pembedahan.

B. Persiapan Pra-Operatif

Persiapan pembedahan dapat dibagi menjadi 2 bagian, yang meliputi persiapan psikologi baik pasien maupun keluarga dan persiapan fisiologi (khusus pasien).

1. Persiapan Psikologi

Terkadang pasien dan keluarga yang akan menjalani operasi emosinya tidak stabil. Hal ini dapat disebabkan karena takut akan perasaan sakit, narcosa atau hasilnya dan keadaan sosial ekonomi dari keluarga. Maka hal ini dapat diatasi dengan memberikan penyuluhan untuk mengurangi kecemasan pasien. Meliputi penjelasan tentang peristiwa operasi, pemeriksaan sebelum operasi (alasan persiapan), alat khusus yang diperlukan, pengiriman ke ruang bedah, ruang pemulihan, kemungkinan pengobatan-pengobatan setelah operasi, bernafas dalam dan latihan batuk, latihan kaki, mobilitas dan membantu kenyamanan.

2. Persiapan Fisiologi

- a. Diet: Puasa pada operasi dengan anaesthesi umum, 8 jam menjelang operasi pasien tidak diperbolehkan makan, 4 jam sebelum operasi pasien tidak diperbolehkan minum. Pada operasi dengan

anaestesi lokal /spinal anaestesi makanan ringan diperbolehkan. Tujuannya supaya tidak aspirasi pada saat pembedahan, mengotori meja operasi dan mengganggu jalannya operasi.

- b. Persiapan Abdomen: Pemberian leuknol/lavement sebelum operasi dilakukan pada bedah saluran pencernaan atau pelvis daerah perifer. Tujuannya mencegah cidera kolon, mencegah konstipasi dan mencegah infeksi.
- c. Persiapan Kulit: Daerah yang akan dioperasi harus bebas dari rambut
- d. Pemeriksaan penunjang: Hasil laboratorium, foto roentgen, ECG, USG dan lain-lain.
- e. Persetujuan Operasi/Informed Consent: Izin tertulis dari pasien/keluarga harus tersedia.

3. Penatalaksanaan Keperawatan

Persetujuan Tindakan:

- a. Penjelasan informasi yang telah diberikan oleh dokter bedah
- b. Beritahu dokter jika pasien memerlukan informasi tambahan untuk membantu menetapkan keputusan.
- c. Pastikan surat persetujuan tindakan telah ditandatangani sebelum memberikan pramedikasi psikoaktif. Persetujuan tindakan diperlukan untuk

prosedur invasi, prosedur memerlukan sedasi atau anestesi dll

- d. Atur agar ada anggota keluarga yang bertanggung jawab atau wakil sah untuk memberikan izin/persetujuan apabila pasien masih dibawah umur atau tidak sadra atau tidak kompeten. Individu yang dibawah umur yang dibebaskan (karena telah menikah atau menjalani kehidupan secara mandiri) dapat menandatangani surat persetujuan bedah untuk dirinya sendiri)
- e. Letakkan format persetujuan tindakan yang telah ditandatangani dalam tempat yang jelas pada grafik pasien.

C. Asuhan Pra-Operatif

Pengkajian

Pembedahan pada pasien rawat inap

1. Kaji riwayat kesehatan klien
2. Lakukan pemeriksaan fisik
3. Kaji adanya alergi, reaksi alergi sebelumnya, sensitivitas terhadap medikasikan reaksi merugikan dimasa lalu terhadap agens ini, adakah riwayat asma bronkial dan laporkan kepada dokter anastesiologi

4. Dekumentasikan riwayat medikasi, dosis, frekwensi penggunaan obat yang diresepkan dan sediaan obat yang diresepkan
5. Kaji tingkat fungsional klien selama ini dan aktivitas harian yang khas untuk membantu dalam merencanakan perawatan dan pemulihan atau rehabilitasi klien
6. Kaji kebutuhan nutrisi berdasarkan TB, BB, IMT, LILA, defisiensi nutrisi harus diatasi sebelum pembedahan
7. Kaji kondisi mulut: gigi palsu, karies, gigi berlubang atau prostesis gigi dapat terlepas selama tindakan intubasi untuk pemberian anastesi akhirnya akan menyumbat jalan nafas
8. Kaji status kardiovaskuler: memenuhi kebutuhan oksigen dan sirkulasi
9. Tentukan nilai realibilitas sistem pendukung klien, peran keluarga atau teman klien
10. Pantau pasien obesitas : distensi abdomen, flebitis, penyakit kardiovaskuler, endokrin, hati dan empedu

Pengkajian : Pembedahan rawat jalan

1. Riwayat kesehatan masa lalu dan saat ini : Alergi, medikasi, persiapan pra operasi, faktor psikososial dan demografi.

2. Pengkajian fisik pada hari pembedahan

Pertimbangan gerontologi :

1. Pantau lansia yang akan menjalani pembedahan: lansia memiliki lebih sedikit cadangan fisiologis (Fungsi jantung, ginjal dan hepatic serta aktivitas GI) di bandingkan dengan pasien yang usia lebih muda.
2. Pantau pasien lansia untuk mengetahui: dehidrasi, hipovolemia, ketidakseimbangan elektrolit, yang dapat menjadi masalah berat dalam populasi lansia.

Diagnosa Keperawatan :

1. Ansietas B.d pengalaman bedah (anestesia, nyeri) dan hasil pembedahan
2. Ketakutan b.d persepsi tentang ancaman prosedur bedah dan terpisah dari sistem pendukung
3. Resiko ketidakefektifan regimen penalaksanaan terapeutik B.d defisiensi pengetahuan mengenai prosedur praoperasi dan protokol serta harapan pascaoperasi

Perencanaan dan tujuan

Tujuan utama bagi pasien bedah antara lain :

1. Redahnya ansietas pra operasi

2. Nutrisi dan cairan yang adekuat
3. Status pernafasan dan kardiovaskuler optimal
4. Fungsi hepatic dan renal optimal
5. Memiliki pengetahuan mengenai persiapan praoperasi dan harapan pasca operasi

Intervensi Keperawatan

Mengurangi ansietas dan ketakutan: memberikan dukungan psikososial

1. Jadilah pendengar yang baik , tunjukkan sikap empati dan berikan informasi yang membantu meredakan kekhawatiran
2. Berikan kesempatan klien bertanya dan mengenal orang-orang yang memberikan asuhan selama dan setelah pembedahan
2. Eksplorasi setiap ketakutan yang dirasakan klien, atur agar klien mendapatkan bantuan profesional kesehatan lain jika diperlukan
3. Ajarkan klien tentang strategi kognitif yang mungkin berguna untuk meredakan ketegangan, mengatasi

ansietas, dan mencapai relaksasi, termasuk imaginasi, distraksi, atau penegasan (Afirmasi) yang optimis.

Menangani nutrisi dan cairan

1. Berikan dukungan nutrisi sesuai program
2. Informasikan klien bahwa asupan makanan atau minuman peroral tidak boleh diberikan dalam 8- 10 jam sebelum operasi kecuali dokter mengizinkan air putih sampai dengan 3 -4 jam sebelum pembedahan
3. Informasikan klien bahwa makanan ringan dapat diberikan di malam hari sebelumnya ketika pembedahan di jadwalkan keesokan paginya atau berikan sarapan lunak jika diprogramkan, apabila pembedahan di jadwalkan dilakukan setelah siang hari dan tidak dilakukan di bagian saluran GI manapun
4. Pada klien yang mengalami dehidrasi terutama klien lansia, dorong asupan cairan melalui oral sebelum pembedahan dan berikan cairan per IV sesuai program
5. Pantau klien dengan riwayat alkoholisme kronis untuk mengetahui adanya malnutrisi dan masalah sistemik lainnya yang akan meningkatkan resiko bedah

6. Pantau apakah klien mengalami putus alkohol (delirium tremens sampai dengan 72 jam setelah putus alkohol)

Meningkatkan status pernafasan dan kardiovaskuler

1. Anjurkan klien berhenti merokok dalam 2 bulan sebelum pembedahan (min .24 jam sebelum pembedahan)
2. Ajarkan klien latihan pernapasan
3. Kaji klien yang menderita penyakit pernafasan
4. Klien penyakit kardiovaskuler hindari perubahan posisi secara mendada, immobilisasi berkepanjangan

Meningkatkan fungsi hati dan ginjal

1. Klien mengalami gangguan hati: kaji berbagai uji fungsi hati, status asam basa.
2. Pantau kadar Gula darah klien Diabetes Mellitus sebelum , selama dan setelah pembedahan.
3. laporkan penggunaan obat steroid selama 1 tahun sebelum operasi kepada dokter anastesi dan dokter bedah
4. pantau tanda-tanda insufisiensi adrenal pada klien

5. kaji klien gangguan tiroid yang tidak terkontrol untuk mengetahui riwayat tirotoksikosis (gangguan Hipertiroid), gagal nafas (gangguan Hipotiroid).

Meningkatkan mobilitas dan pergerakan aktif tubuh

1. Lakukan Perubahan posisi: meningkatkan sirkulasi, mencegah statis vena, meningkatkan fungsi pernafasan optimal.
2. Ajarkan latihan ekstremitas: Adduksi, meninggikan ekstremitas), pertahankan mobilitas sebanyak mungkin kecuali jika ada pembatasan.
3. Gunakan mekanik tubuh yang benar, instruksikanke klien untukmelakukan hal yang sama. Posisikan tubuh klien pada kesejajaran yang sesuai ketika klien ditempatkan dalam suatu posisi

Menghargai Keyakinan Spiritual dan Budaya

1. Bantu klien mendapat bantuan spiritual jika diminta, hargai dan dukung keyakina setia klien
2. Ketika mengkaji nyeri , ada beberapa kelompok budaya tidak terbiasa mengekspresikan perasaan secara terbuka.

3. Dengarkan klien dengan seksama, terutama mengkaji riwayat
4. Penerapan komunikasi yang benar dan ketrampilan wawancara dapat membantu perawat mendapatkan informasi dan wawasan yang sangat berharga. Tidak bersikap tergesah-gesah, penuh pengertian dan peduli
Memberikan pendidikan pre operatif:
 1. Ajarkan setiap klien sebagai individu, dengan mempertimbangkan kekhawatiran atau kebutuhan pembelajaran yang unik
 2. Lakukan pendidikan kesehatan dengan segera

MODUL III

Konsep Asuhan Keperawatan Intra Operatif

Tahap Intraoperatif dimulai Dimulai ketika pasien masuk ke bagian atau ruang bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Lingkup aktifitas keperawatan, memasang infus, memberikan medikasi intravena, melakukan pemantauan fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien.

Perawat yang bekerja di ruang bedah harus telah mengambil program Proregristation Education Courses in Anasthetic and Operating Teather Nursing. Dalam

pembedahan perawat disebut scrubbed nurse yang bertindak sebagai asisten ahli bedah. Perawat bertanggung jawab akan pemeliharaan sterilitas daerah pembedahan dan instrumen dan menjamin ketersediaan peralatan ahli bedah untuk terlaksananya pembedahan yang direncanakan.

A. Perlindungan terhadap injuri

Aktivitas yang dilakukan pada tahap ini adalah segala macam aktivitas yang dilakukan oleh perawat di ruang operasi. Aktivitas di ruang operasi oleh perawat difokuskan pada pasien yang menjalani prosedur pembedahan untuk perbaikan, koreksi atau menghilangkan masalah-masalah fisik yang mengganggu pasien. Tentunya pada saat dilakukan pembedahan akan muncul permasalahan baik fisiologis maupun psikologis pada diri pasien. Untuk itu keperawatan intra operatif tidak hanya berfokus pada masalah fisiologis yang dihadapi oleh pasien selama operasi, namun juga harus berfokus pada masalah psikologis yang dihadapi oleh pasien. Sehingga pada akhirnya akan menghasilkan outcome berupa asuhan keperawatan yang terintegrasi.

B. Monitoring pasien

Aktivitas keperawatan yang dilakukan selama tahap intra operatif meliputi 4 hal, yaitu:

1. Safety Management

Tindakan ini merupakan suatu bentuk jaminan keamanan bagi pasien selama prosedur pembedahan. Tindakan yang dilakukan untuk jaminan keamanan diantaranya adalah :

- a. Pengaturan posisi pasien

Pengaturan posisi pasien bertujuan untuk memberikan kenyamanan pada klien dan memudahkan pembedahan. Perawat perioperatif mengerti bahwa berbagai posisi operasi berkaitan dengan perubahan-perubahan fisiologis yang timbul bila pasien ditempatkan pada posisi tertentu.

2. Monitoring Fisiologis

Pemantauan fisiologis yang dilakukan oleh perawat meliputi hal – hal sebagai berikut:

- a. Melakukan balance cairan

Penghitungan balance cairan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan cairan pasien. Pemenuhan balance cairan dilakukan dengan cara menghitung jumlah cairan yang masuk dan yang keluar (cek pada kantong kateter urine) kemudian melakukan

koreksi terhadap imbalance cairan yang terjadi. Misalnya dengan pemberian cairan infus.

b. Memantau kondisi cardiopulmonal

Pemantauan kondisi kardio pulmonal harus dilakukan secara kontinue untuk melihat apakah kondisi pasien normal atau tidak. Pemantauan yang dilakukan meliputi fungsi pernafasan, nadi dan tekanan darah, saturasi oksigen, perdarahan dan lain – lain.

c. Pemantauan terhadap perubahan vital sign

Pemantauan tanda-tanda vital penting dilakukan untuk memastikan kondisi klien masih dalam batas normal. Jika terjadi gangguan harus dilakukan intervensi secepatnya.

3. Monitoring Psikologis

Dukungan Psikologis (sebelum induksi dan bila pasien sadar) dukungan psikologis yang dilakukan oleh perawat pada pasien antara lain :

- a. Memberikan dukungan emosional pada pasien.
- b. Perawat berdiri di dekat pasien dan memberikan sentuhan selama prosedur pemberian induksi .
- c. Mengkaji status emosional klien.

- d. Mengkomunikasikan status emosional pasien kepada tim kesehatan (jika ada perubahan).

4. Pengaturan dan koordinasi *Nursing Care*

Pengaturan dan Koordinasi Nursing Care, tindakan yang dilakukan antara lain:

- a. Memanage keamanan fisik pasien.
- b. Mempertahankan prinsip dan teknik aseptis.

Faktor fisiologis yang menyebabkan lansia beresiko selama pembedahan

1. Sistem Kardiovaskuler

- a. Perubahan degeneratif pad miokardium dan katup beresiko pada perubahan penuruana cadangan jantung : kaji TTV dasar
- b. Kekakuan didinding arteri dan penurunan rangsanga saraf simpatik dan para simpatik yang masuk ke jantung beresiko perubahan mempredisposisi klien untuk mengalami perdarahan pasca operatif, meningkatkan TD sistol dan diastol
- c. Penyimpanan kadar *kalsium* , *kolesterol* dalam arteri kecil meningkat , didinding arteri menebal resiko pembentukan bekuan darah pada ekstremitas bawah: ajarkan mobilisasi

2. Sistem Integumen

Jaringan subkutan berkurang dan kerapuhan kulit bertambah, resikonya rentas ulkus dan robekan kulit : kaji keadaan kulit tiap 4 jam, beri bantal pada semua tonjolan tulang selama pembedahan, rubah posisi

3. Sistem pulmonal

- a. Kerangka tulang rusuk menjadi kaku , ukuran mengecil resikonya Komplikasi penurunan kapasitas vital: Ajarkan klien teknik batuk, nafas dalam dan pemakaian spirometer secara tepat
- b. Rentang pergerakan diafragma menurun resikonya volume kapasitas residu udara dalam paru2 menjadi lebih besar sehingga mengurangi jumlah udara yang masuk ke paru2 pada tiap inspirasi : jika mungkin minta klien berjalan dan duduk di kursi roda dengan sering
- c. Jaringan paru2 menjadi kaku dan rongga udar membesar resikonya menurunkan oksigenasi darah

4. Sistem ginjal

- a. Aliran darah ke ginjal menurun resikonya akan meningkatkan terjadinya syok jika terjadinya kehilangan darah : Kaji urine selama 24 jam
- b. GFR dan waktu eksresi menurun resikonya frekwensi berkemih akan meningkat dan memperbanyak jumlah urine yang tertinggal dalam

KK setelah berkemih : Minta klien segera memberitahu perawat jika Kkterasa penuh

5. Sistem Neuroogis

- a. Kehilangan sensorik, termasuk menurunnya taktil dan toleransi nyeri meningkat resikonya klien kurang berespon pada tanda-tanda terjadinya komplikasi pembedahan : Orientasikan pada lingkungan
- b. Orientasi waktu menurun resikonya klien mudah bingung

6. Sistem metabolik

- a. Laju metabolik basal menurun resikonya penurunan laju akan mengurangi konsumsi oksigen total
- b. Jumlah SDM dan kadar HB menurun resikonya kemampuan O₂ yang adekuat ke jaringan berkurang
- c. Perubahan jumlah Kalium dan volume cairan tubuh resikonya terjadi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit : pantau volume darahserta cairan dan elektrolit

Dokumentasi perawatan Intraoperatif

- 1. Aseptif yang ketat untuk meminimalkan resiko infeksi luka bedah
- 2. Memantau cairan infus (IVFD)
- 3. Memantau Haluaran Urine

4. Memantau haluaran lambung melalui selang NGT
5. Memantau keseimbangan cailar dan elektrolit

MODUL IV

Konsep Asuhan Keperawatan Pasca Operatif

Keperawatan pasca operatif adalah tahap lanjutan dari perawatan pre operatif dan intra operatif yang dimulai ketika klien diterima di ruang pemulihan (recovery room)/ pasca anaestesi dan berakhir sampai evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah.

Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anestesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan

tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan ke rumah.

Fase post operatif meliputi beberapa tahapan, diantaranya adalah :

1. Pemindahan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan pasca anestesi (*recovery room*)

Pemindahan ini memerlukan pertimbangan khusus diantaranya adalah letak insisi bedah, perubahan vaskuler dan pemajanan. Pasien diposisikan sehingga ia tidak berbaring pada posisi yang menyumbat drain dan selang drainase. Selama perjalanan transportasi dari kamar operasi ke ruang pemulihan pasien diselimuti, jaga keamanan dan kenyamanan pasien dengan diberikan pengikatan diatas lutut dan siku serta side rail harus dipasang untuk mencegah terjadi resiko injury. Proses transportasi ini merupakan tanggung jawab perawat sirkuler dan perawat anestesi dengan koordinasi dari dokter anestesi yang bertanggung jawab.

2. Perawatan post anestesi di ruang pemulihan atau unit perawatan pasca anestesi

Setelah selesai tindakan pembedahan, pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar (*recovery room* :

RR) atau unit perawatan pasca anestesi (PACU: post anesthesia care unit) sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan (bangsal perawatan).

PACU atau RR biasanya terletak berdekatan dengan ruang operasi. Hal ini disebabkan untuk mempermudah akses bagi pasien untuk :

- a. Perawat yang disiapkan dalam merawat pasca operatif (perawat anestesi)
- b. Ahli anestesi dan ahli bedah
- c. Alat monitoring dan peralatan khusus penunjang lainnya

3. Kriteria Pasien Yang Di Perbolehkan Keluar Dari Recovery Room

- a. Gejala vital stabil
- b. Pasien sudah bangun atau mudah bangun Komplikasi pasca bedah telah dievaluasi
- c. Komplikasi pasca bedah telah dievaluasi
- d. Setelah anestesi regional fungsi motor dan sebagian sensori telah pulih
- e. Klien telah mempunyai control suhu tubuh yang baik.

4. Tugas Perawatan Setelah Menerima Pasien Dari Recovery RoOM

- a. Persiapan di unit klinis Ruang pasien dipersiapkan sehingga memberi fasilitas kepada kepindahan pasien serta dilaksanakan pemantauan. Keluarga diberitahu bahwa pasien akan kembali. diberitahu bahwa pasien akan kembali.
- b. Persiapan bangsal untuk pasien yang kembali dari kamar bedah - Menyiapkan tempat tidur terbuka - Disiapkan cukup selimut - Persiapan perlengkapan - Tiang infuse - Sphygmomanometer - Alat khusus yang dipesan oleh perawat ruang pemulihan.

5. Komplikasi Pasca Operatif

- a. Syok
- b. Hemorrhagi (Perdarahan) Trombosis Vena Profunda (TVP)
- c. Trombosis Vena Profunda (TVP)
- d. Embolisme Pulmonal
- e. Komplikasi Pernapasan
- f. Retensi Urine
- g. Komplikasi Gastrointestinal

MODUL V

Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Bph (Hiperplasia Prostat Benigna) Aplikasi Nanda, NOC, NIC



KEGIATAN BELAJAR 5

1. Pengertian BPH
2. Tanda dan Gejala BPH
3. Patofisiologi BPH
4. Konsep Asuhan Keperawatan Pasien Dengan BPH



TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari modul ini, Anda diharapkan dapat :

1. Pengertian BPH
2. Tanda dan Gejala BPH
3. Patofisiologi BPH
4. Menjelaskan tentang Konsep Asuhan Keperawatan Pasien Dengan BPH



TUGAS / LATIHAN

1. Menjelaskan tentang Pengertian BPH
2. Menjelaskan tentang Tanda dan Gejala BPH
3. Menjelaskan tentang Patofisiologi BPH
4. Menjelaskan tentang Konsep Asuhan Keperawatan Pasien Dengan BPH



URAIAN MATERI

A. Pengertian

Hiperplasia prostat benigna adalah suatu keadaan di mana kelenjar prostat mengalami pembesaran, memanjang ke atas ke dalam kandung kemih dan menyumbat aliran urin dengan menutup orifisium uretra. BPH merupakan kondisi patologis yang paling umum pada pria lansia.

B. Etiologi

Faktor resiko umur

Perubahan hormon androgen.

Trauma berulang seperti karena koitus, kerja yang terlalu berat

C. Tanda dan Gejala

Gejala iritatif meliputi :

1. Peningkatan frekuensi berkemih
2. Nokturia (terbangun pada malam hari untuk miksi)

3. Perasaan ingin miksi yang sangat mendesak/tidak dapat ditunda (urgensi)
4. Nyeri pada saat miksi (disuria)

Gejala obstruktif meliputi :

1. Pancaran urin melemah
2. Rasa tidak puas sehabis miksi, kandung kemih tidak kosong dengan baik
3. Kalau mau miksi harus menunggu lama
4. Volume urin menurun dan harus mengedan saat berkemih
5. Aliran urin tidak lancar/terputus-putus
6. Urin terus menetes setelah berkemih
7. Waktu miksi memanjang yang akhirnya menjadi retensi urin dan inkontinensia karena penumpukan berlebih.
8. Pada gejala yang sudah lanjut, dapat terjadi Azotemia (akumulasi produk sampah nitrogen) dan gagal ginjal dengan retensi urin kronis dan volume residu yang besar. Gejala generalisata seperti seperti kelelahan, anoreksia, mual dan muntah, dan rasa tidak nyaman pada epigastrik.

Berdasarkan keluhan dapat dibagi menjadi :

1. Derajat I : penderita merasakan lemahnya pancaran berkemih, kencing tak puas, frekuensi kencing bertambah terutama pada malam hari
2. Derajat II : adanya retensi urin maka timbulah infeksi. Penderita akan mengeluh waktu miksi terasa panas (disuria) dan kencing malam bertambah hebat.
3. Derajat III : timbulnya retensi total. Bila sudah sampai tahap ini maka bisa timbul aliran refluk ke atas, timbul infeksi ascenden menjalar ke ginjal dan dapat menyebabkan pielonfritis, hidronefrosis.

D. Patofisiologi

Perubahan mikroskopik pada prostat telah terjadi pada pria usia 30-40 tahun. Bila perubahan mikroskopik ini berkembang, akan terjadi perubahan patologi anatomi yang ada pada pria usia 50 tahunan. Perubahan hormonal menyebabkan hiperplasia jaringan penyangga stromal dan elemen glandular pada prostat.

Teori-teori tentang terjadinya BPH :

1. Teori Dehidrosteron (DHT)

Aksis hipofisis testis dan reduksi testosteron menjadi dehidrosteron (DHT) dalam sel prostat menjadi faktor terjadinya penetrasi DHT ke dalam inti sel yang menyebabkan inskripsi pada RNA sehingga menyebabkan terjadinya sintesa protein.

2. Teori hormon

Pada orang tua bagian tengah kelenjar prostat mengalami hiperplasia yang disebabkan oleh sekresi androgen yang berkurang, estrogen bertambah relatif atau aabsolut. Estrogen berperan pada kemunculan dan perkembangan hiperplasi prostat.

3. Faktor interaksi stroma dan epitel

Basic fibroblast growth factor (BFGF) Hal ini banyak dipengaruhi oleh Growth factor. -FGF) dapat menstimulasi sel stroma dan ditemukan dengan konsentrasi yang lebih besar pada pasien dengan pembesaran prostat jinak. Proses reduksi ini difasilitasi oleh enzim 5-a-reduktase. -FGF dapat dicetuskan oleh mikrotrauma karena miksi, ejakulasi dan infeksi.

4. Teori kebangkitan kembali (reawakening) atau reinduksi dari kemampuan mesenkim sinus urogenital untuk berploriferasi dan membentuk jaringan prostat.

Proses pembesaran prostat terjadi secara perlahan-lahan sehingga perubahan pada saluran kemih juga terjadi secara perlahan-lahan. Pada tahap awal setelah terjadi pembesaran prostat, resistensi urin pada leher buli-buli dan daerah prostat meningkat, serta otot detrusor menebal dan merenggang sehingga timbul sakulasi atau divertikel. Fase penebalan detrusor ini disebut fase kompensasi. Apabila keadaan berlanjut, maka detrusor menjadi lelah dan akhirnya mengalami dekompensasi dan tidak mampu lagi untuk berkontraksi sehingga terjadi retensi urin yang selanjutnya dapat menyebabkan hidronefrosis dan disfungsi saluran kemih atas.

Adapun patofisiologi dari masing-masing gejala yaitu :

1. Penurunan kekuatan dan aliran yang disebabkan resistensi uretra adalah gambaran awal dan menetap dari BPH. Retensi akut disebabkan oleh edema yang terjadi pada prostat yang membesar.
2. *Hesitancy* (kalau mau miksi harus menunggu lama), terjadi karena detrusor membutuhkan waktu yang lama untuk dapat melawan resistensi uretra.
3. *Intermittency* (kencing terputus-putus), terjadi karena detrusor tidak dapat mengatasi resistensi

uretra sampai akhir miksi. *Terminal dribbling* dan rasa belum puas sehabis miksi terjadi karena jumlah residu urin yang banyak dalam buli-buli.

4. Nocturia miksi pada malam hari) dan frekuensi terjadi karena pengosongan yang tidak lengkap pada tiap miksi sehingga interval antar miksi lebih pendek.
5. Frekuensi terutama terjadi pada malam hari (nokturia) karena hambatan normal dari korteks berkurang dan tonus sfingter dan uretra berkurang selama tidur.
6. Urgensi (perasaan ingin miksi sangat mendesak) dan disuria (nyeri pada saat miksi) jarang terjadi. Jika ada disebabkan oleh ketidak stabilan detrusor sehingga terjadi kontraksi involunter,
7. Inkontinensia bukan gejala yang khas, walaupun dengan berkembangnya penyakit urin keluar sedikit-sedikit secara berkala karena setelah buli-buli mencapai compliance maksimum, tekanan dalam buli-buli akan cepat naik melebihi tekanan spingter.
8. Hematuri biasanya disebabkan oleh oleh pecahnya pembuluh darah submukosa pada prostat yang membesar.
9. Lobus yang mengalami hipertropi dapat menyumbat kolom vesikal atau uretra prostatik, sehingga

menyebabkan pengosongan urin inkomplit atau retensi urin. Akibatnya terjadi dilatasi ureter (hidroureter) dan ginjal (hidronefrosis) secara bertahap, serta gagal ginjal.

10. Infeksi saluran kemih dapat terjadi akibat stasis urin, di mana sebagian urin tetap berada dalam saluran kemih dan berfungsi sebagai media untuk organisme infeksi.
11. Karena selalu terdapat sisa urin dapat terbentuk batu endapan dalam buli-buli, Batu ini dapat menambah keluhan iritasi dan menimbulkan hematuri. Batu tersebut dapat pula menimbulkan sistitis dan bila terjadi refluks dapat terjadi pielonefritis.
12. Pada waktu miksi pasien harus mengedan sehingga lama kelamaan dapat menyebabkan hernia dan hemoroid.

E. Pemeriksaan Penunjang

1. Urinalisa

Analisis urin dan mikroskopik urin penting untuk melihat adanya sel leukosit, sedimen, eritrosit, bakteri dan infeksi. Bila terdapat hematuri harus diperhitungkan adanya etiologi lain seperti keganasan pada saluran kemih, batu, infeksi saluran kemih, walaupun BPH sendiri dapat menyebabkan hematuri.

Elektrolit, kadar ureum dan kreatinin darah merupakan informasi dasar dari fungsi ginjal dan status metabolik.

Pemeriksaan *prostate specific antigen* (PSA) dilakukan sebagai dasar penentuan perlunya biopsi atau sebagai deteksi dini keganasan. Bila nilai PSA < 4 ng/ml tidak perlu biopsi. Sedangkan bila nilai PSA 4-10 ng/ml, dihitung Prostate specific antigen density (PSAD) yaitu PSA serum dibagi dengan volume prostat. Bila PSAD > 0,15, sebaiknya dilakukan biopsi prostat, demikian pula bila nilai PSA > 10 ng/ml

2. Pemeriksaan darah lengkap

Karena perdarahan merupakan komplikasi utama pasca operatif maka semua defek pembekuan harus diatasi. Komplikasi jantung dan pernafasan biasanya menyertai penderita BPH karena usianya yang sudah tinggi maka fungsi jantung dan pernafasan harus dikaji.

Pemeriksaan darah mencakup Hb, leukosit, eritrosit, hitung jenis leukosit, CT, BT, golongan darah, Hmt, trombosit, BUN, kreatinin serum.

3. Pemeriksaan radiologis

Biasanya dilakukan foto polos abdomen, pielografi intravena, USG, dan sitoskopi. Tujuan pencitraan untuk memperkirakan volume BPH, derajat disfungsi buli, dan volume residu urin. Dari foto polos

dapat dilihat adanya batu pada traktus urinarius, pembesaran ginjal atau buli-buli. Dapat juga dilihat lesi osteoblastik sebagai tanda metastase dari keganasan prostat serta osteoporosis akibat kegagalan ginjal. Dari Pielografi intravena dapat dilihat supresi komplit dari fungsi renal, hidronefrosis dan hidroureter, gambaran ureter berbelok-belok di vesika urinaria, residu urin. Dari USG dapat diperkirakan besarnya prostat, memeriksa massa ginjal, mendeteksi residu urin dan batu ginjal.

BNO /IVP untuk menilai apakah ada pembesaran dari ginjal apakah terlihat bayangan radioopak daerah traktus urinarius. IVP untuk melihat /mengetahui fungsi ginjal apakah ada hidronefrosis. Dengan IVP buli-buli dapat dilihat sebelum, sementara dan sesudah isinya dikencingkan. Sebelum kencing adalah untuk melihat adanya tumor, divertikel. Selagi kencing (viding cystografi) adalah untuk melihat adanya refluks urin. Sesudah kencing adalah untuk menilai residual urin.

F. Managemen Terapi

Rencana pengobatan tergantung pada penyebab, keparahan obstruksi, dan kondisi pasien. Jika pasien masuk RS dengan kondisi darurat karena ia tidak dapat

berkemih maka kateterisasi segera dilakukan. Pada kasus yang berat mungkin digunakan kateter logam dengan tonjolan kurva prostatik. Kadang suatu insisi dibuat ke dalam kandung kemih (sitostomi supra pubik) untuk drainase yang adekuat.

Jenis pengobatan pada BPH antara lain:

1. Observasi (*watchfull waiting*)

Biasa dilakukan pada pasien dengan keluhan ringan. Nasehat yang diberikan adalah mengurangi minum setelah makan malam untuk mengurangi nokturia, menghindari obat-obat dekonjestan, mengurangi minum kopi dan tidak diperbolehkan minum alkohol agar tidak terlalu sering miksi. Setiap 3 bulan dilakukan kontrol keluhan, sisa kencing, dan pemeriksaan colok dubur

2. Terapi medikamentosa [?]

a. Penghambat adrenergik (prazosin, tetrazosin) : menghambat reseptor pada otot polos di leher vesika, prostat sehingga terjadi relaksasi. Hal ini akan menurunkan tekanan pada uretra pars prostatika sehingga gangguan aliran air seni dan gejala-gejala berkurang.

b. Penghambat enzim 5- α -reduktase, menghambat pembentukan DHT sehingga prostat yang membesar akan mengecil.

3. Terapi bedah

Tergantung pada beratnya gejala dan komplikasi.

Indikasi absolut untuk terapi bedah yaitu :

- a. Retensi urin berulang
- b. Hematuri
- c. Tanda penurunan fungsi ginjal
- d. Infeksi saluran kemih berulang
- e. Tanda obstruksi berat seperti hidrokel
- f. Ada batu saluran kemih.

Pendekatan transuretral merupakan pendekatan tertutup. Instrumen bedah dan optikal dimasukkan secara langsung melalui uretra ke dalam prostat yang kemudian dapat dilihat secara langsung. Kelenjar diangkat dalam irisan kecil dengan loop pemotong listrik. Prostatektomi transuretral jarang menimbulkan disfungsi erektil tetapi dapat menyebabkan ejakulasi retrograd karena pengangkatan jaringan prostat pada kolum kandung kemih dapat menyebabkan cairan seminal mengalir ke arah belakang ke dalam kandung kemih dan bukan melalui uretra.

Prostatektomi perineal sangat berguna untuk biopsi terbuka. Pada pasca operatif, luka bedah mudah terkontaminasi karena insisi dilakukan dekat rektum. Inkontinensia, impotensi, atau cedera rektal lebih mungkin terjadi komplikasi pada pendekatan ini.

Insisi prostat transuretral (TUIP) diindikasikan ketika kelenjar prostat kecil (30mg atau kurang). Satu atau dua buah insisi dibuat pada prostat dan kapsul prostat untuk mengurangi tekanan prostat pada uretra dan mengurangi kontriksi uretra

Pembedahan seperti prostatektomi dilakukan untuk membuang jaringan prostat yang mengalami hiperplasi. Komplikasi yang mungkin terjadi pasca prostatektomi mencakup perdarahan, infeksi, retensi oleh karena pembentukan bekuan, obstruksi kateter dan disfungsi seksual. Kebanyakan prostatektomi tidak menyebabkan impotensi, meskipun pada prostatektomi perineal dapat menyebabkan impotensi akibat kerusakan saraf pudendal. Pada kebanyakan kasus aktivitas seksual dapat dilakukan kembali dalam 6 sampai 8 minggu karena saat itu fossa prostatik telah sembuh. Setelah ejakulasi maka cairan seminal mengalir ke dalam kandung kemih dan diekskresikan

bersama uin. Perubahan anatomis pada uretra posterior menyebabkan ejakulasi retrogard.

4. Terapi invasif minimal, seperti dilatasi balon tranuretral, ablasi jarum transurethral

G. Pengelolaan Pasien

1. Pre operasi

- a. Pemeriksaan darah lengkap (Hb minimal 10g/dl, Golongan Darah, CT, BT, AL)
- b. Pemeriksaan EKG, GDS mengingat penderita BPh kebanyakan lansia
- c. Pemeriksaan Radiologi: BNO, IVP, Rongen thorax
- d. Persiapan sebelum pemeriksaan BNO puasa minimal 8 jam. Sebelum pemeriksaan IVP pasien diberikan diet bubur kecap 2 hari, lavemen puasa minimal 8 jam, dan mengurangi bicara untuk meminimalkan masuknya udara

2. Post operasi

- a. Irigasi/Spoling dengan Nacl
- b. Post operasi hari 0 : 80 tetes/menit
- c. Hari pertama post operasi : 60 tetes/menit
- d. Hari ke 2 post operasi : 40 tetes/menit
- e. Hari ke 3 post operasi : 20 tetes/menit

- f. Hari ke 4 post operasi diklem
- g. Hari ke 5 post operasi dilakukan aff irigasi bila tidak ada masalah (urin dalam kateter bening)
- h. Hari ke 6 post operasi dilakukan aff drain bila tidak ada masalah (cairan serohemoragis < 50cc)
- i. Infus diberikan untuk maintenance dan memberikan obat injeksi selama 2 hari, bila pasien sudah mampu makan dan minum dengan baik obat injeksi bisa diganti dengan obat oral.
- j. Tirah baring selama 24 jam pertama. Mobilisasi setelah 24 jam post operasi
- k. Dilakukan perawatan luka dan perawatan DC hari ke-3 post oprasi dengan betadin
- l. Anjurkan banyak minum (2-3l/hari)
- m. DC bisa dilepas hari ke-9 post operasi
- n. Hecting Aff pada hari k-10 post operasi.
- o. Cek Hb post operasi bila kurang dari 10 berikan tranfusi
- p. Jika terjadi spasme kandung kemih pasien dapat merasakan dorongan untuk berkemih, merasakan tekanan atau sesak pada kandung kemih dan perdarahan dari uretral sekitar kateter. Medikasi yang dapat melemaskan otot polos dapat membantu

menghilangkan spasme. Kompres hangat pada pubis dapat membantu menghilangkan spasme.

- q. Jika pasien dapat bergerak bebas pasien didorong untuk berjalan-jalan tapi tidak duduk terlalu lama karena dapat meningkatkan tekanan abdomen, perdarahan
- r. Latihan perineal dilakukan untuk membantu mencapai kembali kontrol berkemih. Latihan perineal harus dilanjutkan sampai pasien mencapai kontrol berkemih.
- s. Drainase diawali sebagai urin berwarna merah muda kemerahan kemudian jernih hingga sedikit merah muda dalam 24 jam setelah pembedahan.
- t. Perdarahan merah terang dengan kekentalan yang meningkat dan sejumlah bekuan biasanya menandakan perdarahan arteri. Darah vena tampak lebih gelap dan kurang kental. Perdarahan vena diatasi dengan memasang traksi pada kateter sehingga balon yang menahan kateter pada tempatnya memberikan tekanan pada fossa prostatik.

H. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Sebelum Operasi

1) Data Subyektif

- a) Klien mengatakan nyeri saat berkemih
- b) Sulit kencing
- c) Frekuensi berkemih meningkat
- d) Sering terbangun pada malam hari untuk miksi
- e) Keinginan untuk berkemih tidak dapat ditunda
- f) Nyeri atau terasa panas pada saat berkemih
- g) Pancaran urin melemah
- h) Merasa tidak puas sehabis miksi, kandung kemih tidak kosong dengan baik
- i) Kalau mau miksi harus menunggu lama
- j) Jumlah urin menurun dan harus mengedan saat berkemih
- k) Aliran urin tidak lancar/terputus-putus
- l) Urin terus menetes setelah berkemih
- m) Merasa letih, tidak nafsu makan, mual dan muntah
- n) Klien merasa cemas dengan pengobatan yang akan dilakukan

2) Data Obyektif

- a) Ekspresi wajah tampak menahan nyeri

- b) Terpasang kateter
- b. Sesudah Operasi
 - 1) Data Subyektif
 - a) Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi
 - b) Klien mengatakan tidak tahu tentang diet dan pengobatan setelah operas
 - 2) Data Obyektif
 - a) Ekspresi tampak menahan nyeri
 - b) Ada luka post operasi tertutup balutan
 - c) Tampak lemah
 - d) Terpasang selang irigasi, kateter, infus
- a. Riwayat kesehatan: riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit keluarga, pengaruh BPH terhadap gaya hidup pasien, apakah masalah urinari yang dialami pasien.
- b. Pengkajian fisik
 - 1) Gangguan dalam berkemih seperti
 - a) Sering berkemih
 - b) Terbangun pada malam hari untuk berkemih
 - c) Perasaan ingin miksi yang sangat mendesak
 - d) Nyeri pada saat miksi, pancaran urin melemah
 - e) Rasa tidak puas sehabis miksi

- f) Jumlah air kencing menurun dan harus mengedan saat berkemih
 - g) Aliran urin tidak lancar/terputus-putus, urin terus menetes setelah berkemih.
 - h) Nyeri saat berkemih
 - i) Ada darah dalam urin
 - j) Kandung kemih terasa penuh
 - k) Nyeri di pinggang, punggung, rasa tidak nyaman di perut.
 - l) Urin tertahan di kandung kencing, terjadi distensi kandung kemih
- 2) Gejala umum seperti keletihan, tidak nafsu makan, mual muntah, dan rasa tidak nyaman pada epigastrik
- a) Kaji status emosi: cemas, takut
 - b) Kaji urin: jumlah, warna, kejernihan, bau
 - c) Kaji tanda vital
- c. Kaji pemeriksaan diagnostik
- a) Pemeriksaan radiografi
 - b) Urinalisa
 - c) Lab seperti kimia darah, darah lengkap, urin

d. Kaji tingkat pemahaman dan pengetahuan klien dan keluarga tentang keadaan dan proses penyakit, pengobatan dan cara perawatan di rumah.

2. Masalah keperawatan yang mungkin muncul

a. Pre operasi

- 1) Nyeri akut
- 2) Cemas
- 3) Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh
- 4) Kerusakan eliminasi urin

b. Post operasi

- 1) Nyeri akut
- 2) Resiko infeksi
- 3) Kurang pengetahuan tentang penyakit, diet, dan pengobatan
- 4) Defisit perawatan diri

Rencana Keperawatan

PRE OPERASI

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi Keperawatan
1	<p>Nyeri akut Definisi: Sensori dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan yang timbul dari kerusakan jaringan aktual atau potensial, muncul tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan sampai berat dengan akhir yang bisa diantisipasi atau diduga dan berlangsung kurang dari 6 bulan.</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam, klien dapat:</p> <p>1. Mengontrol nyeri Definisi : tindakan seseorang untuk mengontrol nyeri</p> <p>Indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengenal faktor-faktor penyebab • Mengenal 	<p>1. Manajemen Nyeri Definisi: perubahan atau pengurangan nyeri ke tingkat kenyamanan yang dapat diterima pasien</p> <p>Intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaji secara menyeluruh tentang nyeri, meliputi: lokasi, karakteristik, waktu kejadian, lama, frekuensi, kualitas, intensitas/beratnya

<p>Faktor yang berhubungan: Agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis)</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laporan secara verbal atau non verbal adanya nyeri - Fakta dari observasi - Posisi untuk menghindari nyeri - Gerakan melindungi - Tingkah laku berhati-hati - Muka topeng 	<p>onset/waktu kejadian nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tindakan pertolongan non-analgetik • Menggunakan analgetik • Melaporkan gejala-gejala kepada tim kesehatan (dokter, perawat) • Nyeri terkontrol <p>Keterangan: 1 = tidak pernah</p>	<p>nyeri, dan faktor-faktor pencetus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi isyarat-isyarat non verbal dari ketidaknyamanan, khususnya dalam ketidakmampuan untuk komunikasi secara efektif • Berikan analgetik sesuai dengan anjuran • Gunakan komunikasi terapeutik agar klien dapat mengekspresikan nyeri • Kaji latar belakang budaya
---	--	---

<ul style="list-style-type: none"> - Gangguan tidur (mata sayu, tampak capek, sulit atau gerakan kacau, menyeringai) - Terfokus pada diri sendiri - Fokus menyempit (penurunan persepsi waktu, kerusakan proses berpikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan) - Tingkah laku distraksi, contoh : jalan-jalan, menemui orang lain dan/atau aktivitas, aktivitas berulang-ulang) 	<p>dilakukan</p> <p>2 = jarang dilakukan</p> <p>3 =kadang-kadang dilakukan</p> <p>4 = sering dilakukan</p> <p>5 = selalu dilakukan</p> <p>2. Menunjukkan tingkat nyeri</p> <p>Definisi: tingkat keparahan dari nyeri yang dilaporkan atau ditunjukkan</p>	<p>klien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tentukan dampak dari ekspresi nyeri terhadap kualitas hidup: pola tidur, nafsu makan, aktifitas mood, hubungan, pekerjaan, tanggungjawab peran • Kaji pengalaman individu terhadap nyeri, keluarga dengan nyeri kronis • Evaluasi tentang keefektifan dari tindakan mengontrol nyeri yang telah digunakan • Berikan dukungan terhadap
---	---	---

<ul style="list-style-type: none"> - Respon autonom (seperti diaphoresis, perubahan tekanan darah, perubahan nafas, nadi dan dilatasi pupil) - Perubahan autonomic dalam tonus otot (mungkin dalam rentang dari lemah ke kaku) - Tingkah laku ekspresif (contoh : gelisah, merintih, menangis, waspada, iritabel, nafas panjang/berkeluh kesah) 	<p>Indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melaporkan nyeri • Frekuensi nyeri • Lamanya episode nyeri • Ekspresi nyeri: wajah • Posisi melindungi tubuh • Kegelisahan • Perubahan Respirasirate • Perubahan Heart Rate • Perubahan tekanan Darah • Perubahan ukuran 	<p>klien dan keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan informasi tentang nyeri, seperti: penyebab, berapa lama terjadi, dan tindakan pencegahan • Kontrol faktor-faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyamanan (contoh: temperatur ruangan, penyinaran, dll) • Anjurkan klien untuk memonitor sendiri nyeri
--	--	--

	<p>- Perubahan dalam nafsu makan dan minum</p>	<p>Pupil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perspirasi • Kehilangan nafsu makan <p>Keterangan:</p> <p>1 : berat</p> <p>2 : agak berat</p> <p>3 : sedang</p> <p>4 : sedikit</p> <p>5 : tidak ada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan penggunaan teknik non-farmakologi (ex: relaksasi, guided imagery, terapi musik, distraksi, aplikasi panas-dingin, massase) • Evaluasi keefektifan dari tindakan mengontrol nyeri • Modifikasi tindakan mengontrol nyeri berdasarkan respon klien • Tingkatkan tidur/istirahat yang cukup • Anjurkan klien untuk
--	--	---	---

		<p>berdiskusi tentang pengalaman nyeri secara tepat</p> <ul style="list-style-type: none">• Beritahu dokter jika tindakan tidak berhasil atau terjadi keluhan• Informasikan kepada tim kesehatan lainnya/anggota keluarga saat tindakan nonfarmakologi dilakukan, untuk pendekatan preventif• Monitor kenyamanan klien terhadap manajemen nyeri
--	--	---

	<p>2. Pemberian Analgetik</p> <p>Definisi : penggunaan agen farmakologi untuk mengurangi atau menghilangkan nyeri</p> <p>Intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tentukan lokasi nyeri, karakteristik, kualitas, dan keparahan sebelum pengobatan• Berikan obat dengan prinsip 5 benar• Cek riwayat alergi obat• Libatkan klien dalam
--	---

	<p>pemilihan analgetik yang akan digunakan</p> <ul style="list-style-type: none">• Pilih analgetik secara tepat /kombinasi lebih dari satu analgetik jika telah diresepkan• Tentukan pilihan analgetik (narkotik, non narkotik, NSAID) berdasarkan tipe dan keparahan nyeri• Monitor tanda-tanda vital, sebelum dan sesudah pemberian analgetik• Monitor reaksi obat dan efek samping obat
--	---

		<ul style="list-style-type: none">• Dokumentasikan respon dari analgetik dan efek-efek yang tidak diinginkan• Lakukan tindakan-tindakan untuk menurunkan efek analgetik (konstipasi/iritasi lambung) <p>3. Manajemen lingkungan : kenyamanan</p> <p>Definisi : memanipulasi lingkungan untuk kepentingan terapeutik</p>
--	--	--

		<p>Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pilihlah ruangan dengan lingkungan yang tepat- Batasi pengunjung- Tentukan hal-hal yang menyebabkan ketidaknyamanan seperti pakaian lembab- Sediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih- Tentukan temperatur ruangan yang paling nyaman- Sediakan lingkungan yang tenang
--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Perhatikan hygiene pasien untuk menjaga kenyamanan - Atur posisi pasien yang membuat nyaman.
	<p>Cemas Definisi : Perasaan gelisah yang tak jelas dari ketidaknyamanan atau ketakutan yang disertai respon autonom (sumner tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu); perasaan keprihatinan disebabkan dari antisipasi terhadap bahaya. Sinyal ini merupakan</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama.....x24 jam pasien menunjukkan dapat :</p> <p>1. Mengontrol cemas: Definisi : Tindakan seseorang untuk mengurangi perasaan tertekan/terbebani dan ketegangan dari sumber</p>	<p>1. Menurunkan cemas Definisi : meminimalkan rasa takut, cemas, merasa dalam bahaya atau ketidaknyamanan terhadap sumber yang tidak diketahui</p> <p>Intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenangkan pasien • Jelaskan seluruh prosedurt

<p>peringatan adanya ancaman yang akan datang dan memungkinkan individu untuk mengambil langkah untuk menyetujui terhadap tindakan.</p> <p>Faktor yang berhubungan : terpapar racun, konflik yang tidak disadari tentang nilai-nilai utama/ tujuan hidup, berhubungan dengan keturunan/ herediter, kebutuhan tidak terpenuhi, transmisi iterper-sonal, krisis</p>	<p>yang tidak dapat diidentifikasi</p> <p>Indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor intensitas cemas • Meghilangkan penyebab cemas • Menurunkan stimulus lingkungan ketika cemas • Mencari informasi untuk menurunkan cemas 	<p>tindakan kepada pasien dan perasaan yamng mungkin muncul pada saat melakukan tindakan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berusaha memahami keadaan pasien • Berikan informasi tentang diagnosa, prognosis dan tindakan • Mendampingi pasien untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kenyamanan • Dorong pasien untuk menyampaikan tentang isi
--	---	--

	<p>situasional/ maturasional, ancaman kema-tian, ancaman terhadap konsep diri, stress, substans abuse, perubahan dalam: status peran, status kesehatan, pola interaksi, fungsi peran, lingkungan, status ekonomi.</p> <p>Batasan karaktersistik :</p> <p>Perilaku</p> <ul style="list-style-type: none"> - Produktivitas berkurang - Scanning dan kewaspadaan - Kontak mata yang buruk - Gelisah 	<ul style="list-style-type: none"> • Gunakan strategi koping efektif • Melaporkan kepada perawat penurunan lama cemas • Menggunakan teknik relaksasi untuk menurunkan cemas • Mempertrahankan hubungan sosial • Mempertahankan konsentrasi • Melaporkan kepada perawat tidur cukup 	<p>perasaannya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaji tingkat kecemasan • Dengarkan dengan penuh perhatian • Ciptakan hubungan saling percaya • Bantu pasien menjelaskan keadaan yang bisa menimbulkan kecemasan • Bantu pasien untuk mengungkapkan hal hal yang membuat cemas • Ajarkan pasien teknik relaksasi
--	--	--	---

<ul style="list-style-type: none"> - Pandangan sekilas - Pergerakan yang tidak berhubungan, (misal : berjalan dengan menyeret kaki, pergelangan tangan/lengan - Menunjukkan perhatian seharusnya dalam kejadian hidup - Insomnia - Resah • Affektive - Penyesalan - Irritable - Kesedihan yang mendalam 	<ul style="list-style-type: none"> • Melaporkan kepada perawat bahwa cemas tidak mempengaruhi keadaan fisik • Tidak adanya tingkah laku yang menunjukkan cemas <p>Keterangan:</p> <p>1: Tidak pernah menunjukkan</p> <p>2: Jarang menunjukkan</p> <p>3: Kadang-kadang menunjukkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Berikan obat-obat yang mengurangi cemas
--	---	---

<ul style="list-style-type: none"> - Ketakutan - Gelisah, gugup - Mudah tersinggung - Rasa nyeri hebat dan menetap - Ketidakberdayaan meningkat - Membingungkan - Ketidaktentuan - Peningkatan kewaspadaan - Fokus pada diri - Perasaan tidak adekuat - Ketakutan - Distress - Kekhawatiran, prihatin - Cemas 	<p>4: Sering menunjukkan</p> <p>5: Selalu menunjukkan</p> <p>2. Koping yang baik</p> <p>Definisi : Tindakan untuk mengelola stressor yang menggunakan sumber individu</p> <p>Indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengenal koping efektif - Mengenal koping tak efektif - Memverbalkan kemampuan kontrol - Melaporkan 	
---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Fisiologis : - Suara gemetar - Gemetar, tangan tremor - Goyah - Respirasi meningkat (simpatis) - Keinginan kencing (parasimpatis) - Nadi meningkat (simpatis) - Berkeringat banyak - Wajah tegang - Anorexia (simpatis) - Jantung berdetak kuat 	<p>menurunnya stress</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memverbalkan penerimaan terhadap situasi - Mencari informasi yang berkaitan dengan penyakit dan pengobatannya - Modifikasi gaya hidup sesuai kebutuhan - Beradaptasi dengan perubahan perkembangan - Menggunakan support
---	---

	<p>(simpatis)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diare (parasimpatis) - Keragu-raguan dalam berkemih (parasimpatis) - Kelelahan (Simpatis) - Mulut kering (simpatis) - Kelemahan (simpatis) - Wajah kemerahan (simpatis) 	<p>sosial yang</p> <p>memungkinkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengerjakan sesuatu yang menurunkan stress - Mengenal strategi koping multipel - Menggunakan strategi koping efektif - Menghindari situasi penuh stress - Memverbalkan kebutuhan akan bantuan 	
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">- Mencari pertolongan professional yang sesuai- Melaporkan menurunnya keluhan fisik- Melaporkan menurunnya perasaan negatif- Melaporkan kenyamanan psikologis yang meningkat	
--	---	--

		<p>Keterangan:</p> <p>1 :Tidak pernah menunjukkan</p> <p>2 : Jarang menunjukkan</p> <p>3 : Kadang-kadang menunjukkan</p> <p>4 : Sering menunjukkan</p> <p>5 : Selalu menunjukkan</p>	
	<p>Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh</p> <p>Definisi: Intake nutrisi tidak cukup untuk keperluan metabolisme tubuh</p> <p>Batasan karakteristik :</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama X 24 jam klien dapat menunjukkan</p> <p>1. status nutrisi yang baik,</p>	<p>1. Manajemen Nutrisi</p> <p>Definisi : membantu dengan atau menyediakan masukan diet seimbang dari makanan dan cairan</p> <p>Intervensi :</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Berat badan 20 % di bawah ideal - Dilaporkan adanya intake makanan yang kurang dari RDA (Recomended Daily Allowance) - Membran mukosa dan konjungtiva pucat - Kelemahan otot yang digunakan untuk menelan/mengunyah - Luka, peradangan pada rongga mulut - Mudah merasa kenyang, 	<p>Definisi : Nutrisi cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh</p> <p>Indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masukan nutrisi - Masukan makanan dan cairan - Tingkat energi cukup - Berat badan stabil - Nilai laboratorium <p>Keterangan: 1 : Sangat bermasalah</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Catat jika klien memiliki alergi makanan - Catat makanan kesukaan klien - Tentukan jumlah kalori dan tipe nutrien yang dibutuhkan - Dorong asupan kalori sesuai tipe tubuh dan gaya hidup - Dorong asupan zat besi - Tawarkan makanan ringan - Berikan gula tambahan k/p - Tawarkan bumbu sebagai pengganti garam - Berikan makanan tinggi kalori, protein dan minuman yang
---	--	---

	<p>sesaat setelah mengunyah makanan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dilaporkan atau fakta adanya kekurangan makanan - Dilaporkan adanya perubahan sensasi rasa - Perasaan ketidakmampuan untuk mengunyah makanan - Miskonsepsi - Kehilangan BB dengan makanan cukup - Keengganan untuk makan - Kram pada abdomen 	<p>2 : Cukup bermasalah 3 : Masalah sedang 4 : Sedikit bermasalah 5 : Tidak ada masalah</p>	<p>mudah dikonsumsi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan pilihan makanan - Sesuaikan diet dengan gaya hidup klien - Ajarkan klien cara membuat catatan makanan - Monitor asupan nutrisi dan kalori - Timbang berat badan secara teratur - Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya - Ajarkan teknik penyiapan dan
--	--	--	---

<ul style="list-style-type: none"> - Tonus otot jelek - Nyeri abdominal dengan atau tanpa patologi - Kurang berminat terhadap makanan - Pembuluh darah kapiler mulai rapuh - Diare dan atau steatorrhea - Kehilangan rambut yang cukup banyak (rontok) - Suara usus hiperaktif - Kurangnya informasi, misinformasi 	<p>penyimpanan makanan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tentukan kemampuan klien untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya <p>2. Monitor nutrisi</p> <p>Definisi : mengumpulkan dan menganalisa data dari pasien untuk mencegah atau meminimalkan malnutrisi.</p> <p>Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB klien dalam interval spesifik - Monitor adanya penurunan
--	--

<p>Faktor yang berhubungan : Ketidakmampuan pemasukan atau mencerna makanan atau mengabsorpsi zat-zat gizi berhubungan dengan faktor biologis, psikologis atau ekonomi.</p>	<p>BB</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor tipe dan jumlah nutrisi untuk aktivitas biasa- Monitor respon emosi klien saat berada dalam situasi yang mengharuskan makan.- Monitor interaksi anak dengan orang tua selama makan.- Monitor lingkungan selama makan.- Jadwalkan pengobatan dan tindakan, tidak selama jam makan.
--	---

		<ul style="list-style-type: none">- Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi- Monitor turgor kulit- Monitor kekeringan, rambut kusam dan mudah patah.- Monitor adanya bengkak pada alat pengunyah, peningkatan perdarahan, dll.- Monitor mual dan muntah- Monitor kadar albumin, total protein, Hb, kadar Ht.- Monitor kadar limfosit dan elektrolit.- Monitor makanan kesukaan.
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">- Monitor pertumbuhan dan perkembangan.- Monitor kadar energi, kelelahan, kelemahan.- Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan pada jaringan konjungtiva.- Monitor kalori dan intake nutrisi.- Catat adanya edema, hiperemia, hipertropik papila lidah dan cavitas oral.- Catat jika lidah berwarna merah keunguan.
--	--

POST OPERASI

1	<p>Nyeri akut</p> <p>Definisi : Sensori dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan yang timbul dari kerusakan jaringan aktual atau potensial, muncul tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan sampai berat dengan akhir yang bisa diantisipasi atau diduga dan berlangsung</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selamax 24 jam, klien dapat:</p> <p>1. Mengontrol nyeri</p> <p>Definisi : tindakan seseorang untuk mengontrol nyeri</p> <p>Indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengenal faktor-faktor penyebab • Mengenal onset/waktu kejadian nyeri • tindakan pertolongan 	<p>1. Manajemen Nyeri</p> <p>Definisi : perubahan atau pengurangan nyeri ke tingkat kenyamanan yang dapat diterima pasien</p> <p>Intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji secara menyeluruh tentang nyeri, meliputi: lokasi, karakteristik,waktu kejadian, lama, frekuensi, kualitas, intensitas/beratnya nyeri, dan faktor-faktor pencetus - Observasi isyarat-isyarat non
---	--	--	---

<p>kurang dari 6 bulan.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laporan secara verbal atau non verbal adanya nyeri - Fakta dari observasi - Posisi untuk menghindari nyeri - Gerakan melindungi - Tingkah laku berhati-hati - Muka topeng - Gangguan tidur (mata 	<p>Non-analgetik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan analgetik • melaporkan gejala-gejala kepada tim kesehatan (dokter, perawat) • nyeri terkontrol <p>Keterangan:</p> <p>1 = tidak pernah dilakukan</p> <p>2 = jarang dilakukan</p> <p>3 = kadang-kadang dilakukan</p> <p>4 = sering dilakukan</p>	<p>verbal dari ketidaknyamanan, khususnya dalam ketidakmampuan untuk komunikasi secara efektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan analgetik sesuai dengan anjuran - Gunakan komunikasi terapeutik agar klien dapat mengekspresikan nyeri - Kaji latar belakang budaya klien - Tentukan dampak dari ekspresi nyeri terhadap kualitas hidup: pola tidur,
--	---	--

<p>sayu, tampak capek, sulit atau gerakan kacau, menyeringai)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terfokus pada diri sendiri - Fokus menyempit (penurunan persepsi waktu, kerusakan proses berpikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan) - Tingkah laku distraksi, contoh : jalan-jalan, menemui orang lain 	<p>5 = selalu dilakukan</p> <p>2. Menunjukkan tingkat nyeri</p> <p>Definisi : tingkat keparahan dari nyeri yang dilaporkan atau ditunjukkan</p> <p>Indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Melaporkan nyeri ☐ Frekuensi nyeri ☐ Lamanya episode nyeri ☐ Ekspresi nyeri: wajah Posisi melindungi tubuh 	<p>nafsu makan, aktifitas mood, hubungan, pekerjaan, tanggungjawab peran</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji pengalaman individu terhadap nyeri, keluarga dengan nyeri kronis - Evaluasi tentang keefektifan dari tindakan mengontrol nyeri yang telah digunakan - Berikan dukungan terhadap klien dan keluarga - Berikan informasi tentang nyeri, seperti: penyebab, berapa lama terjadi, dan
--	--	--

	<p>dan/atau aktivitas, aktivitas berulang-ulang)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respon autonom (seperti diaphoresis, perubahan tekanan darah, perubahan nafas, nadi dan dilatasi pupil) - Perubahan autonomic dalam tonus otot (mungkin dalam rentang dari lemah ke kaku) - Tingkah laku ekspresif (contoh : gelisah, merintih, menangis, 	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Kegelisahan ☒ Perubahan Respirasirate ☒ Perubahan Heart Rate ☒ Perubahan tekanan Darah ☒ Perubahan ukuran Pupil ☒ Perspirasi Kehilangan nafsu makan <p>Keterangan:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 : berat 2 : agak berat 3 : sedang 4 : sedikit 5 : tidak ada 	<p>tindakan pencegahan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontrol faktor-faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien terhadap ketidaknyamanan (contoh : temperatur ruangan, penyinaran, dll) - Anjurkan klien untuk memonitor sendiri nyeri - Ajarkan penggunaan teknik non-farmakologi (ex: relaksasi, guided imagery, terapi musik, distraksi,
--	--	--	--

			<p>aplikasi panas-dingin, massase)</p> <ul style="list-style-type: none">- Evaluasi keefektifan dari tindakan mengontrol nyeri yang telah digunakan- Berikan dukungan terhadap klien dan keluarga- Berikan informasi tentang nyeri, seperti: penyebab, berapa lama terjadi, dan tindakan pencegahan- Kontrol faktor-faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon klien
--	--	--	---

			<p>terhadap ketidaknyamanan (contoh : temperatur ruangan, penyinaran, dll)</p> <ul style="list-style-type: none">- Anjurkan klien untuk memonitor sendiri nyeri- Ajarkan penggunaan teknik non-farmakologi (ex: relaksasi, guided imagery, terapi musik, distraksi, aplikasi panas-dingin, massase)- Evaluasi keefektifan dari tindakan mengontrol nyeri
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Modifikasi tindakan mengontrol nyeri berdasarkan respon klien - Tingkatkan tidur/ istirahat yang cukup - Anjurkan klien untuk berdiskusi tentang pengalaman nyeri secara tepat - Beritahu dokter jika tindakan tidak berhasil atau terjadi keluhan - Informasikan kepada tim kesehatan lainnya/ anggota keluarga saat tindakan
--	--	--	--

			<p>nonfarmakologi dilakukan, untuk pendekatan preventif</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitor kenyamanan klien terhadap manajemen nyeri <p>2. Pemberian Analgetik</p> <p>Definisi: penggunaan agen farmakologi untuk mengurangi atau menghilangkan nyeri</p> <p>Intervensi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tentukan lokasi nyeri, karakteristik, kualitas, dan
--	--	--	--

			<p>keparahan sebelum pengobatan</p> <ul style="list-style-type: none">- Berikan obat dengan prinsip 5 benar- Cek riwayat alergi obat- Libatkan klien dalam pemilihan analgetik yang akan digunakan- Pilih analgetik secara tepat /kombinasi lebih dari satu analgetik jika telah diresepkan- Tentukan pilihan analgetik (narkotik, non narkotik, NSAID) berdasarkan tipe dan
--	--	--	--

			<p>keparahan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none">- Monitor tanda-tanda vital, sebelum dan sesudah pemberian analgetik- Monitor reaksi obat dan efek samping obat- Dokumentasikan respon dari analgetik dan efek-efek yang tidak diinginkan- Lakukan tindakan-tindakan untuk menurunkan efek analgetik (konstipasi/iritasi lambung)
--	--	--	---

			<p>3.Manajemen lingkungan : kenyamanan</p> <p>Definisi : memanipulasi lingkungan untuk kepentingan terapeutik</p> <p>Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pilihlah ruangan dengan lingkungan yang tepat - Batasi pengunjung - Tentukan hal-hal yang menyebabkan ketidaknyamanan seperti pakaian lembab
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - Sediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih - Tentukan temperatur ruangan yang paling nyaman - Sediakan lingkungan yang tenang - Perhatikan hygiene pasien untuk menjaga kenyamanan - Atur posisi pasien yang membuat nyaman.
2	<p>Resiko infeksi</p> <p>Definisi : Peningkatan resiko masuknya masuknya</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ... x 24 jam, klien menunjukkan</p>	<p>1. Kontrol Infeksi</p> <p>Definisi : Meminimalkan mendapatkan infeksi dan</p>

<p>organisme patogen</p> <p>Faktor-faktor resiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosedur Invasif - Ketidakcukupan pengetahuan untuk menghindari paparan patogen - Trauma - Kerusakan jaringan dan peningkatan paparan lingkungan - Ruptur membran amnion 	<p>1. Pengetahuan klien tentang kontrol infeksi meningkat</p> <p>Definisi : Tindakan untuk mengurangi ancaman kesehatan secara aktual dan potensial</p> <p>Indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> Menerangkan cara-cara penyebaran Menerangkan factor-factor yang berkontribusi dengan penyebaran Menjelaskan tanda-tanda dan gejala 	<p>trasmisi agen infeksi</p> <p>Itervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersikan lingkungan secara tepat setelah digunakan oleh klien - Ganti peralatan klien setiap selesai tindakan - Batasi jumlah pengunjung - Ajarkan cuci tangan untuk menjaga kesehatan individu - Anjurkan klien untuk cuci tangan dengan tepat - Gunakan sabun antimikrobal untuk cuci tangan
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Agen farmasi (imunosupresan) - Malnutrisi - Peningkatan paparan lingkungan patogen - Imonusupresi - Ketidakadekuatan imum buatan - Tidak adekuat pertahanan sekunder (penurunan Hb, Leukopenia, penekanan respon inflamasi) - Tidak adekuat 	<p>Menjelaskan aktivitas yang dapat meningkatkan resistensi terhadap infeksi</p> <p>Keterangan:</p> <p>1 : Tidak pernah menunjukkan</p> <p>2 : Jarang menunjukkan</p> <p>3 : Kadang-kadang menunjukkan</p> <p>4 : Sering menunjukkan</p> <p>5 : Selalu menunjukkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan setelah meninggalkan ruangan klien - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien - Lakukan <i>universal precautions</i> - Gunakan sarung tangan steril - Lakukan perawatan aseptik pada semua jalur IV - Lakukan teknik perawatan luka yang tepat - Tingkatkan asupan nutrisi
--	---	--	--

<p>pertahanan tubuh primer (kulit tidak utuh, trauma jaringan, penurunan kerja silia, cairan tubuh statis, perubahan sekresi pH, perubahan peristaltik)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penyakit kronik 	<p>2. pengetahuan tentang deteksi resiko meningkat</p> <p>Definisi : Tindakan untuk mengidentifikasi ancaman kesehatan</p> <p>Indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengenali tanda dan gejala yang mengindikasikan resiko - Mengidentifikasi resiko kesehatan potensial - Mencari pembenaran resiko yang dirasakan 	<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan asupan cairan - Anjurkan istirahat - Berikan terapi antibiotik - Ajarkan klien dan keluarga tentang tanda-tanda dan gejala dari infeksi - Ajarkan klien dan anggota keluarga bagaimana mencegah infeksi <p>2. Proteksi infeksi</p> <p>Definisi : Meminimalkan mendapatkan infeksi dan transmisi agen infeksi</p>
---	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa diri pada interval waktu yang ditentukan - Berpartisipasi dalam screening pada interval waktu yang ditentukan - Mengetahui keadaan kesehatan keluarga saat ini - Selalu mengetahui / memonitor keadaan kesehatan keluarga - Selalu mengetahui / memonitor kesehatan diri - Menggunakan sumber- 	<p>Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain - Pertahankan teknik isolasi - Batasi pengunjung bila perlu - Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien - Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan - Cuci tangan setiap
--	--	---	---

	<p>sumber informasi untuk tetap mendapatkan informasi tentang resiko potensial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan sarana pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan <p>Keterangan:</p> <p>1 : Tidak pernah menunjukkan</p> <p>2 : Jarang menunjukkan</p> <p>3 : Kadang-kadang menunjukkan</p>	<p>sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung - Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat - Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum - Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing - Tingkatkan intake nutrisi - Berikan terapi antibiotik
--	--	--

		<p>4 : Sering menunjukkan</p> <p>5 : Selalu menunjukkan</p> <p>3. Status nutrisi yang baik, Definisi : Nutrisi cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh</p> <p>Indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masukan nutrisi - Masukan makanan dan cairan - Tingkat energi cukup - Berat badan stabil 	<p>bila perlu</p> <p>3. Manajemen Nutrisi Definisi : membantu dengan memberikan diet makanan dan cairan yang seimbang.</p> <p>Tindakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanyakan pada klien tentang alergi terhadap makanan - Tanyakan makanan kesukaan klien - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan - Anjurkan masukan kalori yang
--	--	--	--

		<p>- Nilai laboratorium</p> <p>Keterangan:</p> <p>1 : Sangat bermasalah</p> <p>2 : Cukup bermasalah</p> <p>3 : Masalah sedang</p> <p>4 : Sedikit bermasalah</p> <p>5 : Tidak ada masalah</p> <p>4. Luka sembuh, dengan indikator:</p> <p>☐ Kulit utuh</p> <p>Berkurangnya drainase purulen</p>	<p>tepat yang sesuai dengan gaya hidup</p> <p>- Anjurkan peningkatan masukan zat besi yang sesuai</p> <p>- Anjurkan peningkatan masukan protein dan vitamin C</p> <p>- Anjurkan untuk banyak makan buah dan minum</p> <p>- Pastikan diit tidak menyebabkan konstipasi</p> <p>- Berikan klien diit tinggi protein, tinggi kalori</p>
--	--	--	---

	<p>Drainase serousa pada luka berkurang</p> <p>Drainase sanguinis pada luka berkurang</p> <p>Drainase serosa sangunis pada luka berkurang</p> <p>Drainase sangunis pada drain berkurang</p> <p>Drainase serosasanguinis pada drain berkurang</p> <p>Eritema disekitar kulit berkurang</p> <p>Edema sekitar luka berkurang</p>	
--	---	--

		Suhu kulit tidak meningkat Luka tidak berbau	
3	<p>Kurang pengetahuan tentang : penyakit, diet, pengobatan</p> <p>Definisi : tidak adanya atau kurangnya informasi kognitif sehubungan dengan topik spesifik</p> <p>Batasan karakteristik : memverbalisasikan adanya masalah,</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam pengetahuan klien dan keluarga meningkat tentang:</p> <p>1. Proses penyakit</p> <p>Indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengenal nama penyakit - Menjelaskan proses penyakit - Menjelaskan 	<p>1. Pendidikan kesehatan: Proses penyakit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gali pengetahuan tentang proses penyakit - Jelaskan patofisiologi penyakit - Jelaskan tanda dan gejala penyakit - Terangkan proses penyakit - Identifikasi proses kemungkinan penyebab

	<p>ketidakakuratan mengikuti instruksi, perilaku tidak sesuai.</p> <p>Faktor yang berhubungan :</p> <p>keterbatasan kognitif, interpretasi terhadap informasi yang salah, kurangnya keinginan untuk mencari informasi, tidak mengetahui sumber-sumber informasi.</p>	<p>penyebab/faktor yang berkontribusi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan factor-factor resiko - Menjelaskan efek dari penyakit - Menjelaskan tanda-tanda dan gejala - Menjelaskan tentang komplikasi dan tanda gejalanya - Menjelaskan tentang perawatan dirumah 	<ul style="list-style-type: none"> - Berikan informasi tentang kondisi pasien - Hindari memberi harapan palsu - Berikan informasi kondisi pasien pada keluarga - Diskusikan perubahan gaya hidup untuk mencegah komplikasi di masa depan - Diskusikan pilihan terapi - Terangkan rasional tindakan - Terangkan komplikasi kronik
--	---	---	---

		<p>Keterangan:</p> <p>1 : tidak pernah</p> <p>2 : terbatas</p> <p>3 : sedang</p> <p>4 : Sering</p> <p>5 : Selalu</p> <p>2. Diet, dengan indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menggambarkan diet yang dianjurkan - Menyebutkan keuntungan dari mengikuti anjuran diet - Menyebutkan tujuan dari 	<ul style="list-style-type: none"> - Terangkan tanda dan gejala yang harus dilaporkan - Jelaskan cara mencegah atau meminimalkan efek samping penyakit. <p>2. Ajarkan : Diet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji pengetahuan klien tentang diet yang dianjurkan - Tentukan sikap keluarga klien terhadap diet - Jelaskan tujuan diet - Informasikan berapa lama diet harus diikuti
--	--	---	---

	<p>diet yang yang dianjurkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyebutkan makanan-makanan yang diperbolehkan dalam diet - Menyebutkan makanan-makanan yang dilarang - Memilih makanan-makanan yang dianjurkan dalam diet <p>Keterangan:</p> <p>1 : Tidak pernah</p> <p>2 : Terbatas</p> <p>3 : Sedang</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Anjarkan klien tentang makanan yang boleh dan tidak boleh dimakan - Bantu klien untuk mencatat makanan kesukaan dalam diet yang dianjurkan - Observasi pilihan makanan klien sesuai dengan diet yang dianjurkan - Anjurkan membuat rencana makan - Dorong untuk mengikuti informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan lain
--	--	---

	<p>4 : Luas</p> <p>5 : Sangat luas</p> <p>3. Pengobatan, dengan indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menggambarkan metode pengobatan yang tepat - Menggambarkan tindakan-tindakan dalam pengobatan - Menggambarkan efek samping dalam pengobatan - Menyebutkan interaksi obat dengan agen yang 	<ul style="list-style-type: none"> - Konsul ahli gizi - Libatkan keluarga <p>2. Ajarkan : pengobatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan klien utk mengenal karakteristik obat - Informasikan nama generik dan nama dagang - Jelaskan tujuan dan kerja obat - Jelaskan dosis, rute dan durasi obat - Evaluasi kemampuan klien menggunakan obat - Ajarkan klien untuk
--	--	---

		<p>lainnya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyebutkan rute pemberian obat yang tepat <p>Keterangan :</p> <p>1 : Tidak pernah</p> <p>2 : Terbatas</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Luas</p> <p>5 : Sangat luas</p>	<p>melakukan prosedur sebelum minum obat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informasikan apa yang dilakukan jika dosis obat hilang - Informasikan akibat tidak minum obat - Informasikan efek samping obat - Jelaskan tanda dan gejala over dosis obat - Jelaskan cara menyimpan obat - Jelaskan interaksi obat - Jelaskan cara mencegah atau mengurangi efek samping obat
--	--	--	---

			- Berikan informasi tertulis tentang aksi, tujuan, efek samping obat, dll
4	<p>Sindroma Defisit Perawatan Diri (kurang perawatan diri : mandi, berpakaian, makan, dan toileting)</p> <p>Definisi : Gangguan kemampuan untuk melakukan ADL pada diri</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ... x 24 jam, klien mampu melakukan perawatan diri: Activities of Daily Living (ADL), dengan indikator:</p> <ul style="list-style-type: none"> - makan - berpakaian - toileting - mandi - berhias 	<p>1.Bantu dalam perawatan diri (mandi, berpakaian, berhias, makan, toileting)</p> <p>Definisi : membantu pasien untuk memenuhi ADL</p> <p>Intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri. Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk

	<p>Batasan karakteristik : ketidakmampuan untuk mandi, ketidakmampuan untuk berpakaian, ketidakmampuan untuk makan, ketidakmampuan untuk toileting</p> <p>Faktor yang berhubungan : kelemahan, kerusakan kognitif atau perceptual, kerusakan neuromuskular/ otot-otot saraf.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - hygiene - oral hygiene - ambulasi: berjalan - ambulasi: wheelchair - transfer performance <p>Keterangan:</p> <p>1: bergantung total</p> <p>2 : dibantu orang dan alat</p> <p>3 ; dibantu orang</p> <p>4 : dibantu alat</p> <p>5: mandiri</p>	<p>kebersihan diri, berpakaian, ²berhias, toileting dan makan.</p> <p>Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk ²melakukan self-care.</p> <p>Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan ²yang dimiliki.</p> <p>Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak ²mampu melakukannya.</p> <p>Ajarkan klien/ keluarga</p>
--	--	--	---

		<p>untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.</p> <p>Berikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan.</p> <p>Pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari.</p>
--	--	---

MODUL VI

Discharge Planning

A. Pengertian

Hiperplasia prostat benigna adalah suatu keadaan dimana kelenjar prostat mengalami pembesaran, memanjang ke atas ke dalam kandung kencing dan menyumbat aliran air kencing dengan menutup lubang berkemih/buang air kecil. BPH merupakan kondisi penyakit yang paling umum pada pria lansia.

B. Tanda dan Gejala:

1. Sering berkemih (buang air kecil)

2. Sering terbangun malam hari untuk buang air kecil
3. Perasaan ingin buang air kecil yang mendesak/tidak dapat ditunda
4. Nyeri saat buang air kecil
5. Pancaran air kencing melemah
6. Rasa tidak puas sehabis buang air kecil,
7. Kalau mau buang air kecil harus menunggu lama
8. Jumlah air kencing menurun dan harus mengedan saat buang air kecil
9. Aliran air kencing tidak lancar/terputus-putus
10. Air kencing terus menetes setelah berkemih
11. Gejala umum seperti keletihan, tidak nafsu makan, mual muntah, dan rasa tidak nyaman pada lambung

C. Penatalaksanaan:

1. Observasi : pada pasien dengan keluhan ringan. Mencakup nasehat mengurangi minum setelah makan malam, mengurangi minum kopi dan tidak diperbolehkan minum alkohol. Setiap 3 bulan control
2. Terapi obat, dapat menurunkan gangguan aliran air seni dan mengurangi gejala.
3. Terapi bedah
Prostatektomi dilakukan untuk membuang jaringan prostat yang mengalami perbesaran.

D. Hal- Hal Yang Harus Diperhatikan Di Rumah

1. Menjaga masukan nutrisi yang seimbang dan adekuat (cukup)
2. Jus buah dan sayuran tinggi serat dapat digunakan untuk memudahkan buang air besar dan mencegah mencegan yang berlebihan.
3. Latihan otot-perineal dilakukan dengan menekan bokong bersamaan, tahan posisi ini, rileks. Latihan ini dapat dilakukan 10 sampai 20 kali setiap jam ketika duduk atau berdiri.
4. Coba untuk memutuskan aliran air kencing setelah mulai buang air kecil, tunggu beberapa detik dan kemudian lanjutkan.
5. Dianjurkan untuk berkemih secepatnya ketika merasakan keinginan untuk berkemih
6. Kembalinya Kemampuan mengontrol buang air kecil adalah proses yang bertahap, pasien dapat terus merasa berkemih tidak tuntas setelah dipulangkan dan rasa tersebut harus secara bertahap hilang (hingga 1 tahun)
7. Air kencing mungkin tampak keruh selama beberapa minggu setelah pembedahan dan kembali jernih ketika area prostat menyembuh

8. Dalam masa penyembuhan (6 - 8 minggu) pasien tidak boleh melakukan aktivitas seperti mengejan ketika buang air besar, mengangkat barang berat. Hal ini dapat meningkatkan tekanan pada pembuluh darah balik dan menyebabkan keluarnya darah
9. Pasien harus menghindari perjalanan jarak jauh dengan motor dan latihan berat yang dapat meningkatkan perdarahan.
10. Makanan pedas, alkohol dan kopi dapat menyebabkan ketidaknyamanan.
11. Minum cukup cairan (paling sedikit 3000-4000 ml) untuk mencegah dehidrasi, yang dapat meningkatkan terbentuknya jendalan darah dan menyumbat aliran air kencing
12. Tanda-tanda seperti perdarahan, keluarnya jendalan darah, penurunan aliran air kencing, atau gejala infeksi saluran kemih harus dilaporkan ke dokter.
13. Minum obat sesuai dengan yang diresepkan

Daftar Pustaka

- Barbara J. Gruendemann, Billie Fernsebner, 2006, *Buku Ajar Keperawatan Perioperatif Vol.1 Prinsip* EGC, Jakarta.
- Barbara J. Gruendemann, Billie Fernsebner, 2006, *Buku Ajar Keperawatan Perioperatif Vol.2 Praktik*, EGC, Jakarta.
- Johnson, M; Maas, M; Moorhead, S. 2000. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Mosby: Philadelphia
- Jane C. Rothrock 2000, *Perencanaan Asuhan Keperawatan Perioperatif*, Cetakan I, EGC, Jakarta.
- Mansjoer, A, et all, 2000, *Kapita Selektta Kedokteran*, Jilid I, Media Aesculapis, Jakarta
- McCloskey, J dan Bulechek, G. 2000. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Mosby: Philadelphia

Nanda (2000), *Nursing Diagnosis: Prinsip-Prinsip dan Clasification, 2001-2002*, Philadelphia, USA.

Smeltzer, S.C, 2010, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, Vol 2, EGC, Jakarta

Price, S.A., & Wilson, L.M. (2006). *Patofisiologi: Konsep klinis proses-proses penyakit*. (Brahm U.Pendit, Huriawati Hartanto, Pita Wulansari & Dewi Asih Mahanani, penerjemah). Jakarta: EGC.

Profil Penulis



Eva Susanti Tochri, Ibu dari dua orang anak (Farhan Dan Rahma) ini lahir di Talang Balai Kabupaten Ogan Ilir, 13 Agustus 1976. Pendidikan sarjana dan Profesi keperawatan di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Dan Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Penulis pernah mengabdikan di wilayah timur Indonesia, tepatnya di Kota Jayapura dari tahun 1998 sampai dengan 2016 sebagai dosen di Poltekkes Kemenkes Jayapura. Ketertarikan penulis dalam dunia literasi mengantarkan penulis bergabung dengan ibu-ibu doyan Nulis. Buku Antologi yang diterbitkan “ Daring Oh daring : “Galau gara-gara si Tak kasat mata “ (2020). Book Chapter Ilmu Keperawatan

Medikal Bedah Dan Gawat Darurat “Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan Anatomi Fisiologi, Gangguan Dan Penatalaksanaan Medis”. Saat ini penulis masih aktif sebagai Dosen keperawatan di Poltekkes Kemenkes Palembang. Dan juga sebagai Tim Pembina lembaga dakwah kampus (LDK) pada mahasiswa Poltekkes Kemenkes Palembang. Beberapa hasil penelitian dan pengabdian kepada masyarakat sudah penulis publikasikan. Dan Sampai saat ini penulis masih aktif menulis buku ajar, buku cerpen, Motivasi Islam. Semoga menjadi bagian manusia yang bermanfaat melalui Tulisan. Email Penulis: evayono@yahoo.co.id