

BAB III
TINJAUAN KASUS



PENGAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM STUDI NERS FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS
JENDERAL ACHMAD YANI YOGYAKARTA

**ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN DENGAN BENIGN PROSTATE
HYPERPLASIA (BPH) POST *TRANSURETHAL RESECTION OF THE*
PROSTATE (TURP) DI RUANG SETYAKI RSUD PENEMBAHAN
SENOPATI BANTUL**

Nama Mahasiswa : ANANDA YESIKA DEWI
Tempat Praktik : RSUD Panembahan Senopati Bantul
Tanggal Praktik : 24 Juli - 29 Juli 2023
Tanggal Pengkajian : 26 Juli 2023
Sumber data : Pasien, keluarga, rekam medis

A. DATA UMUM KLIEN

No. RM : 123XXX
Nama Klien : Tn. P
Umur : 71 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Imogiri
Pendidikan : SD
Agama : Islam
Tanggal masuk : 25 Juli 2023
Ruang : Setyaki
Diagnosa Medis : Post Op Benign Prostate Hyperplasia (BPH)

B. RIWAYAT KESEHATAN

Alasan masuk RS :

Pasien mengeluh buang air kecil tidak lancar, terasa panas dan perih sejak 2 minggu lalu. Pasien sudah berobat ke RS Nur Hidayah namun tidak ada perbaikan.

Keluhan utama saat ini :

Nyeri post op TURP

Riwayat kesehatan masa lalu :

Pasien tidak ada yang mengalami penyakit DM, jantung, asma dan hipertensi.

Riwayat kesehatan keluarga :

Keluarga pasien tidak ada yang mengalami penyakit DM, jantung, asma dan hipertensi

Penyakit keturunan : **tidak ada**

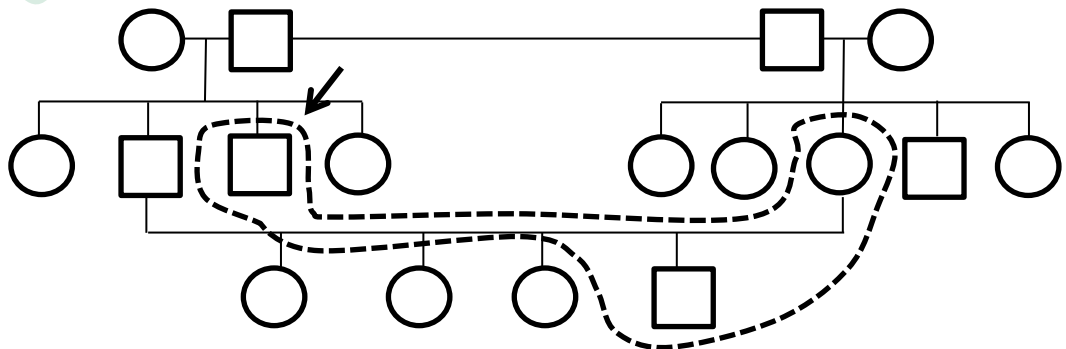
- DM
- Asma
- Hipertensi
- Jantung
- Lain:.....

Riwayat kecelakaan atau pembedahan sebelumnya :

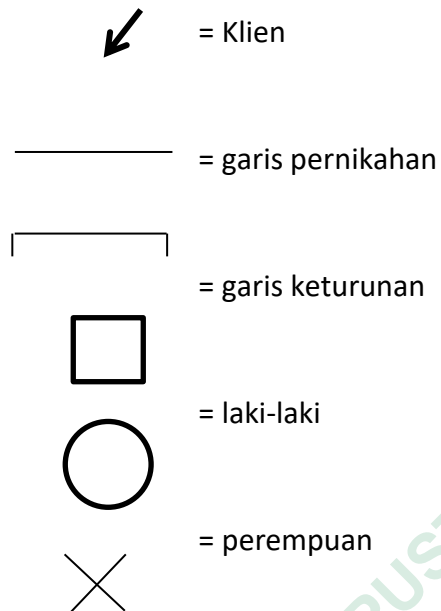
Pasien tidak ada riwayat kecelakaan dan pembedahan sebelumnya

Riwayat Alergi dan pengobatan yang pernah di peroleh : **pasien tidak ada alergi obat dan makanan**

GENOGRAM



Keterangan:



C. PENGKAJIAN FISIK

1. Sistem Pernafasan

- a. Sputum : **Tidak**
- b. Dispnea : **Tidak**
- c. Riwayat penyakit Bronktis : **tidak** ; Asthma:**tidak** ; TBC: **tidak** ;
- d. Emphysema: **Tidak** ; Pneumonia: **tidak**
- e. Merokok : **Ya**
- f. Respirasi : 20 x/menit; **Dalam, Reguler, Simetris**
- g. Penggunaan otot bantu pernafasan: **Tidak**
- h. Fremitus : **Tidak**
- i. Nasal flaring:-**Tidak**
- j. Sianosis : **Tidak**
- k. Pemeriksaan Thorax
 - 1) Inspeksi : Bentuk dada normal, tidak ada otot bantu pernafasan

- 2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan massa atau benjolan, getaran taktil fremitus teraba dan sama kuat
- 3) Perkusi : Bunyi kedua paru sonor saat diketuk
- 4) Auskultasi : Suara kedua paru yaitu vesikuler

2. Sistem Kardiovaskular

- a. Riwayat Penyakit : Hipertensi: **Tidak** ; Penyakit gangguan jantung: **Tidak**
- b. Edema kaki : **Tidak**
- c. Plebitis : **Tidak**
- d. Claudicatio : **Tidak**
- e. Dysreflexia : **Tidak**
- f. Palpitasi : **Tidak**; Sinkop: **Tidak**
- g. Rasa kebas/kesemutan: **Tidak** di ekstremitas:-
- h. Batuk darah : **Tidak**
- i. TD : 138/66 mmHg, pengukuran di lengan bagian atas sebelah kanan ; Posisi pengukuran: Tidur
- j. Nadi : 93 x/menit diukur di radial Kualitas nadi : **Kuat**
- k. CRT : > 2 detik.
- l. Homans sign : **tidak ada tanda** Abnormalitas kuku : **tidak ada**
- m. Perubahan kulit : **tidak ada** Membran mukosa : membran mukosa lembab tidak kering
- n. Pemeriksaan Kardio
 - 1) Inspeksi : Tidak ada hematom, tidak ada luka atau jejas, tidak terpasang alat penyadap jantung
 - 2) Palpasi : Tidak ada krepitasi , teraba pulsasi iktus cordis di ICD ke 5, midklavikula
 - 3) Perkusi : Terdapat bunyi pekak
 - 4) Auskultasi : Bunyi janutng normal lup dup

3. Sistem Gastrointestinal

a. Antropometri

- 1) BB : 59 kg TB : 160 cm IMT :23
- Gizi kurang
- Gizi cukup**
- Gizi lebih

2) Berat badan: 59 Kg, ada perubahan BB: Tidak; Naik/Turun, berapa kg:.....dalam.....bulan (**tidak ada perubahan Berat badan**)

b. **Biokimia**

Hb : 13 gr/dl

Hmt : 37,7 %

c. **Clinical sign**

- 1) Turgor kulit : **turgor kulit lembab tidak kering**
- 2) Membran mukosa: **Lembab**
- 3) Edema : **Tidak ada**
- 4) Ascites : **Tidak ada**
- 5) Pembesaran tiroid: **Tidak ada**
- 6) Kondisi gigi dan mulut: **gigi dan mulut terlihat sedikit kotor**
- 7) Kondisi lidah: : **Pasien masih dapat merasakan rasa asin, manis, pedas atau pahit dan Pasien masih mampu mencium bau-bauan seperti bau minyak kayu putih.**
- 8) Halitosis: **Tidak ada**
- 9) Hernia: **Tidak ada**
- 10) Massa abdomen : **Tidak ada**
- 11) Bising usus: **15 x/menit**
- 12) Data tambahan dalam Pemeriksaan abdomen:
 - Inpeksi : simetris, tidak ada asites
 - Auskultasi : bising usus 15 x/menit
 - Perkusi : timpani dilambung dan kandung kemih, pekak di hepar
 - Palpasi : terdapat nyeri tekan dibagian bawah

Diet :

- 1) Pola makan sebelum dirawat: **3x/sehari**; waktu: **Pagi, Siang, Malam**
- 2) Ada larangan/pantangan makanan: **Tidak**; Sebutkan:
- 3) Penggunaan suplemen makanan: **Tidak ada**
- 4) Kehilangan nafsu makan: **Tidak ada**
- 5) Mual/Muntah: **Tidak ada**
- 6) Alergi makanan: **Tidak ada**
- 7) Dada serasa terbakar sesaat setelah makan: **Tidak ada**
- 8) Masalah dalam menelan: **Tidak ada**
- 9) Gigi Palsu: **Tidak ada**

10) Penggunaan diuretik: **Ada**

11) Pola makan selama sakit/dirawat: 3x/sehari; waktu : Pagi, Siang, Sore

12) Kebutuhan cairan selama sakit: 1180 mg/hari

4. Sistem Neurosensori

- a. Merasa pusing/mau pingsan: **Tidak ada**
- b. Sakit kepala : **Tidak ada**
- c. Kesemutan/Kebas/lemah : **Tidak ada**
- d. Riwayat stroke : **Tidak ada**
- e. Kejang : **Tidak ada**
- f. Kehilangan daya penglihatan : **Tidak ada**
- g. Glaukoma : **Tidak** ; Katarak: **Tidak** ; Alat bantu penglihatan: **Tidak**
- h. Kehilangan daya pendengaran: **Tidak ada**
- i. Alat bantu dengar: **Tidak ada**
- j. Pengecap : Pasien masih dapat merasakan rasa asin, manis, pedas atau pahit
- k. Pengidul : Pasien masih mampu mencium bau-bauan
- l. Peraba : Kulit pasien sensitive terhadap sentuhan dan pasien masih bisa merasakan rasa panas dan dingin
- m. Status mental : **Baik**
- n. Orientasi : Waktu: **Normal**; Tempat: **Normal**; Orang: **Normal**; Situasi: **Normal**
Tingkat kesadaran : **Composmentis**
- o. GCS : E : 4 M : 6 V : 6 Total: 15
- p. Afek (gambarkan) : **Baik**
- q. Memori : saat ini : **pasien dapat menceritakan dimana dia sekarang, waktu sekarang, dan bersama siapa dia di rumah sakit**
- r. Pupil: **isokor** ; ukuran: 2,2 mm, reaksi cahaya: R +/L+
- s. Facial droop: **Tidak**
- t. Postur tubuh: **Tegap**
- u. Reflek tendon: **Ada**
- v. Paralisis: **Tidak**
- w. Nyeri: **Ya**
P: Nyeri post op TURP
Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk
R: Bagian bawah penis dan perut bawah

S : skala nyeri 5

T: Hilang timbul

5. Sistem Muskuloskeletal

- a. Kegiatan utama sebelum sakit: **Bekerja sebagai petani**
- b. Kegiatan senggang: **Bersosialisasi dengan tetangga, mengobrol dengan istri dan anak**
- c. Kondisi keterbatasan: **Tidak ada**
- d. Tidur malam: **Ya**. Jam (tidak menentu), Tidur siang: **Kadang-kadang**
- e. Kesulitan untuk tidur: **Tidak** ; Insomnia: -
- f. Sulit bangun tidur: **Tidak**
- g. Perasaan tidak tenang saat bangun tidur: **Tidak**
- h. Rentang gerak : **ROM aktif dan pasif**
- i. Kekuatan otot :

5	5
5	5
- j.
- k. Deformitas : **Tidak ada**
- l. Postur : kifosis/lordosis/skoliosis
- m. Gaya Berjalan : **Tegap**
- n. Kemampuan ADL's

(Menggunakan kode 0 = *independent*, 1 = butuh bantuan, 2 = *dependent*)

Tabel 1.2 Kemampuan ADL's

	0	1	2
Buang air besar		✓	
Buang air kecil		✓	
Menggunakan toilet		✓	
Berdandan		✓	
Makan			✓
Berpakaian		✓	
Berpindah tempat		✓	
Mobilisasi		✓	
Naik tangga		✓	

Mandi	✓
-------	---

Ket : Pasien dapat melakukan kegiatan dibantu oleh anaknya

6. Sistem Integumen

- a. Riwayat alergi: **Tidak ada**
- b. Riwayat imunisasi: **Pasien mengatakan tidak tau**
- c. Perubahan sistem imun: **Tidak ada**
- d. Transfusi darah: **Tidak**, kapan terakhir dilakukan..
- e. Temperatur kulit: **normal**
- f. Diaphoresis: **Tidak**
- g. Integritas kulit: **Pasien mendapatkan tindakan pembedahan pada kemaluan**
- h. Ulcer: Ya/**Tidak**, lokasi.
- i. Luka bakar: **Tidak**
- j. Pressure Ulcer : **Tidak**
- k. Edema : **Tidak**

7. Sistem Eliminasi

a. Fecal

1) Frekuensi BAB : 1 x/hari

Konstipasi

Diare

3) Karakteristik feses

Konsistensi : setelah diberikan obat pencahar feses menjadi lunak

Warna : khas feses

Bau : khas feses

4) Penggunaan laxative : **Ya**/tidak, frekuensi 1X ; alasan: susah BAB sudah 3 hari

5) Perdarahan per anus : ~~Ya~~/**Tidak**

6) Hemoroid : ~~Ya~~/**Tidak**, Grade:.....

b. Bladder

1) Inkontinensia : tidak

2) Urgensi : tidak

3) Retensi urin : tidak

4) Frekuensi BAK: pasien terpasang kateter triway untuk urin dan irigasi

- 5) Karakteristik Urin: kemerahan
- 6) Volume urin : 1750 cc bercampur dengan cairan irigasi
- 7) Nyeri/kesulitan terbakar/kesulitan BAK : **pasien terpasang kateter urin**
- 8) Riwayat penyakit ginjal/kandung kemih: **Tidak ada**

Tabel 1.3 Perhitungan Keseimbangan Cairan

Total Intake		Total Output	
Jenis	Jumlah	Jenis	Jumlah
Cairan infus	Ringer lactat 500cc	Traksi kateter dan urin	1750 cc
Minum	1500 cc		
TOTAL	200cc	TOTAL	1750cc

Balance cairan : input = output + IWL

$$IWL = \frac{BB \times 20}{24 \text{ jam}} = \frac{55 \times 20}{24} = 45 \text{ cc}$$

$$2000\text{cc} - (1000 \text{ cc} + 45 \text{ cc}) = 205 \text{ cc}$$

8. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan sistem reproduksi : **Tidak ada**
- b. Akseptor KB : **Tidak ada** ; Jenis:..... (Jika Ya tulislah alat KB yang digunakan dan berapa lama) Kegiatan sexual teratur : **Tidak**
- c. Laki-laki:
 - 1) Penis discharge: ~~Ya~~/**Tidak**
 - 2) Gangguan prostat: **Ya**/~~Tidak~~
 - 3) Sirkumsisi : **Ya**/~~Tidak~~
 - 4) vasektomi: ~~Ya~~/**Tidak**
 - 5) Gangguan pada alat kelamin: ~~Ya~~/**Tidak**

PENGAJIAN PSIKOSOSIAL

1. Nilai / Kepercayaan

Agama yang dianut : **Islam**

Kegiatan keagamaan yang di jalani : **Ibadah sholat dan pengajian namun jarang jarang**

Nilai / kepercayaan yang bertentangan dengan kesehatan : **Tidak ada**

2. Koping / stress

Pasien merasa stres: **sedikit**

Faktor penyebab stress: penyakit yang dialami saat ini

Cara mengatasi permasalahan : mencari bantuan medis dan tetap berdoa untuk diberi kesembuhan

Status emosional : **Tenang** / Cemas / Marah / Menarik diri / Takut / Mudah tersinggung / Tidak sabar / euforia.

3. Hubungan

Tinggal dengan : **istrinya dan 1 anak**

Orang yang mendukung : **Keluarga**

Penyakit mempengaruhi hubungan keluarga/ orang lain : **Tidak ada**

Kegiatan di masyarakat : **mengikuti kegiatan yang ada dilingkungan tempat tinggal seperti gotong royong**

4. Persepsi Diri

Yang dirasakan terkait hospitalisasi : **Pasien mengatakan sudah menerima dengan sakit yang dialami walaupun sedikit cemas terkait sakit yang diderita sekarang**

Perilaku klien sesuai dengan situasi : **Pasien terlihat patuh terhadap tindakan yang dilakukan**

E. Defisit pengetahuan/ Pendidikan Kesehatan Klien

Daftar kebutuhan pendidikan selama di rawat :

Discharge Planning (dis iapkan sesuai dengan kebutuhan klien)

Tabel 1.4 Discharge Planning

NO	AREA	RENCANA TINDAKAN
1	Istirahat	Pasien perlu untuk memperbanyak waktu istirahat (bedrest 24 jam)

2	Nutrisi	Pasien diharapkan dapat menjaga pola nutrisi dengan mengonsumsi makanan sesuai kebutuhan. Pasien dianjurkan untuk meningkatkan asupan cairan
3	Aktifitas	Pasien dapat menjalankan aktifitas sehari-hari seperti biasa agar tubuh dapat terus bergerak dan perlu memperhatikan aktifitas yang dapat membahayakan terhadap dirinya
4	Kebersihan	Pasien harus membiasakan diri untuk menjaga kebersihan diri guna mencegah serangan dari penyakit-penyakit yang dapat mengancam tubuh

F. Data Penunjang

Tabel 1.5 Pemeriksaan Penunjang

Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
25/07/2023	Hematologi		
	Hemoglobin g/dl	13	14-18
	Lekosit ($10^6/\mu\text{L}$)	8,2	400-1100
	Eritrosit ($10^6/\mu\text{L}$)	4,23	4,5-5,5
	Trombosit ($10^6/\mu\text{L}$)	299	150-450
	Hematokrit (vol%)	37,7%	42 – 52
	Hitung Jenis		
	Eosinophil (%)	2	2-4
	Basofil (%)	1	0-1
	Batang (%)	0	2-5
	Segmen (%)	74	51-67
	Lymfosit (%)	15	20-35
	Monosit (%)	8	4-8
	Golongan Darah	0	
	Hemostasis		
	PPT (detik)	12,7	12-16
	APTT (detik)	28,5	28-38
	Control PPT (detik)	14,4	11-16
	Control APTT (detik)	32,4	28-36,5
	Kimia klinik		
	Fungsi ginjal		
	Creatinin mg/dl	0,77	0,9-1,3

	Ureum mg/dl	32	17-43
	Glukosa Darah Sewaktu (mg/dl)	77	80-200
	Elektrolit		
	Natrium (mmol/l)	141,9	137-145
	Kalium (mmol/l)	3,81	3,5-5,1
	Klorida (mmol/l)	100,2	98-107
Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil	
25/07/2023	USG	Suspek <i>benign prostate hyperplasia</i> (BPH) Terdapat pembesaran prostat sesuai gambaran BPH Tidak tampak kelainan pada kedua rendan VU	
	EKG	Sinus rhytm	
	Thorax	Pulomo dan besar cor normal	

G. Terapi Yang Diberikan

Tabel 1.6 Terapi Yang Diberikan

Tanggal	Jenis Terapi	Rute	Dosis	Indikasi
26 Juli - 27 Juli 2023	Inj. Ketorolac	IV	2x1	Obat untuk mengurangi nyeri ringan sampai sedang
	Inj. Furosemida	IV	2x1	Obat untuk mengurangi cairan dalam tubuh

ANALISA DATA

Tabel 1.7 Analisa Data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	DS :	Nyeri akut	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)
	1. Pasien mengatakan merasa nyeri		
	P: Nyeri post op TURP		
	Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk		
	R: Bagian bawah penis dan perut bawah		
	S: skala nyeri 5		
	T: hilang timbul dengan frekuensi		

	<p>4-8 menit (tidak pasti kadang sebentar kadang lama)</p> <p>2. Klien mengatakan berbincang-bincang dengan orang lain untuk mengurangi nyeri</p> <p>DO :</p> <p>1. Pasien terkadang terlihat meringis menahan sakit</p> <p>2. Tanda-tandavital pasien</p> <p>TD: 149/97mmHg</p> <p>S :36,6°C</p> <p>RR 23 x/menit</p> <p>N 102 x/menit</p> <p>SpO2 98%</p>		
2.	<p>DS :</p> <p>1. Keluarga pasien mengatakan keluar darah dari selang kateter</p> <p>DO :</p> <p>1. Pasien post op TURP hari ke 0</p> <p>2. Pasien terpasang keteter urin</p> <p>3. Tampak adanya kemerahan pada kantong urine</p> <p>4. Pemeriksaan</p> <p>Hmt : 37,7 %</p> <p>Hb : 13 gr/dl</p>	Risiko perdarahan	Tindakan pembedahan
3	<p>DS :</p> <p>1. Pasien mengatakan nyeri saat bergerak</p> <p>DO :</p> <p>1. Pasien dianjurkan untuk bedrest total selama 24 jam</p> <p>2. Setelah 24 jam bedrest pasien harus melakukan pergerakan</p>	Gangguan mobilitas fisik	Program pembatasan gerak

4	DS :	Resiko infeksi	Efek prosedur invasif
	1. Pasien mengatakan daerah penis terasa panas		
	DO :		
	1. Pasien terpasang kateter triway untuk urin dan irigasi		
	2. Pasien post op TURP hari ke 0		
	3. TTV Suhu 37°C		
	4. Pemeriksaan leukosit $8,2 \cdot 10^6/uL$		

Diagnosa Keperawatan (tuliskan sesuai prioritas) :

1. Nyeri Akut b.d Agen Cidera Fisik
2. Resiko perdarahan dengan faktor resiko indakan pembedahan
3. Gangguan mobilitas fisik b/d Program pembatasan gerak
4. Resiko infeksi dengan factor resiko efek prosedur invasif

H. RENCANA KEPERAWATAN

Tabel 1.8 Rencana Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam pada pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil : Tingkat nyeri (L.08066) - Keluhan nyeri menurun (2-5) - Meringis menurun (2-5) - Frekuensi nadi menurun (2-5) - Tekanan darah menurun (2-5) Kontrol Nyeri (L.08063) - Melaporkan nyeri yang terkontrol meningkat (2-5)	Manajemen Nyeri (L.08238) Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri Terapeutik - Berikan teknik nonfarmakologis (relaksasi benson) untuk mengurangi rasa nyeri Edukasi


		<ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat (2-5) - Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis meningkat (2-5) - Keluhan nyeri menurun (2-5) - Penggunaan analgesic menurun (2-5) 	<ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik
2	Resiko perdarahan dengan faktor resiko tindakan pembedahan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam pada pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat perdarahan (L.02017):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membran mukosa lembab meningkat (3-4) - Kelembapan kulit meningkat (3-4) - Hematuria menurun (3-4) - Tekanan darah membaik (3-4) - Frekuensi nadi membaik (3-4) - Suhu tubuh membaik (3-4) 	<p>Pencegahan perdarahan (I. 02067)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Memonitor nilai hematokrit dan hemoglobin 3. Monitor koagulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan untuk bedrest selama perdarahan 2. Batasi tindakan invasive <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 4. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
3	Gangguan mobilitas fisik b/d Program pembatasan gerak	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam pada pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Konservasi energi (L.13118)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pembatasan aktivitas menurun (5-1) <p>Mobilitas fisik (L.05042)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstremitas meningkat (1-5) 	<p>Dukungan perawatan diri (L.11348)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri 2. Identifikasi tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan <p>Terapeutik</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Rentag gerak sendi meningkat (1-5) - Kekuatan otot meningkat (1-5) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik 2. Siapkan keperluan pribadi 3. Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten <p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Identifikasi adanya nyeri 5. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 6. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Fasilitasi melakukan pergerakan 5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 3. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 4. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
4	<p>Resiko infeksi dengan factor resiko efek prosedur invasif</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam pada pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>kontrol infeksi (L.14128):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko meningkat (3-4) 	<p>Perawatan selang (I 14564)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi indikasi dilakukan pemasangan selang - Monitor kepatenan selang - Monitor jumlah, warna dan

-
- Kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat (3-4)
 - Kemampuan berpartisipasi dalam skrinnig resiko meningkat(3-4)
- konsistensi drainase selang
 - Monitor kulit disekitar insersi selang (kemerahan dan kerusakan)
- Teraupetik***
- Lakukan kebersihan tangan sebelum dan setelah perawatan selang
 - Kosongkan kantong penampung
 - Lakukan perawatan kulit pada daerah insersi selang
- Edukasi***
- Jelaskan tujuan dan prosedur pemasangan selang
 - Ajarkan cara perawatan selang
 - Ajarkan mengenali tanda-tanda infeksi
-

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YOGYAKARTA


Tabel 1.9 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

HARI PERTAMA				
NO DX	TANGGAL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
Nyeri akut	Rabu 26 Juli 2023	Manajemen nyeri	Rabu 26 Juli 2023 17.00 WIB	
	16.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S:	
	16:10	2. Mengidentifikasi skala nyeri (skala nyeri 5)	1. Pasien mengatakan nyeri tidak berkurang setelah dilakukan relaksasi benson	Ananda
	16:20	3. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	2. Pasien mengatakan nyeri pada bagian penis dan perut bawah	yesika dewi
	16:30	4. Memberikan teknik nonfarmakologis (relaksasi benson) untuk mengurangi rasa nyeri	3. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dan terasa seperti ditusuk-tusuk	
	17:00	5. Menganjurkan memonitor secara mandiri	6. Pasien mengatakan nyeri skala nyeri 5 (sedang)	
			4.	
			O:	
			1. Telah dilakukan relaksasi benson sebanyak 1 kali	
			2. Pasien terlihat meringis menahan sakit	
			3. Pasien mampu melaporkan dan mengenal penyebab nyeri	
			4. Pasien terlihat belum mampu fokus dalam melakukan relaksasi benson	

- 5. TTV pasien
 TD: 139/98mmHg
 S :36,3°C
 RR 22 x/menit
 N 98 x/menit
 SpO2 98%

A:
 Masalah nyeri belum teratasi

- P:**
 Intervensi dianjurkan
1. Mengidentifikasi dan memonitor nyeri secara mandiri
 2. Pemberian obat injeksi Ketorolac pada jam 21.00 WIB

Resiko perdarahan dengan faktor resiko tindakan pembedahan	Rabu 26 Juli 2023 16:00 16:10 16:20 16:30	Pencegahan perdarahan 1. Memonitor tanda dan gejala perdarahan 2. Mempertahankan untuk bedrest selama perdarahan 3. Menjelaskan tanda dan gejala perdarahan 4. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan	Rabu 26 Juli 2023 17:00 WIB	 Ananda yesika dewi
			S: 1. Keluarga pasien mengatakan jika darah keluar dari kateter urin dan bercampur dengan urin 2. Pasien mengatakan paham dengan tanda dan gejala perdarahan 3. Pasien mengatakan akan meningkatkan	

asupan cairan

O:

1. Pasien tampak bedrest dan melakukan aktivitas di atas bed
2. Pasien tampak memahami saat dijelaskan mengenai tanda gejala perdarahan
3. Kulit dan membran mukosa pasien tampak lembab
4. TTV pasien
TD: 146/94mmHg
S :36,3°C
N 98 x/menit


A:

Masalah resiko perdarahan belum teratasi

P:

Intervensi dianjurkan

- Memonitor tanda dan gejala perdarahan
- Mempertahankan untuk bedrest selama perdarahan
- Menganjurkan meningkatkan asupan cairan

Gangguan mobilitas fisik b/d	Rabu 26 Juli 2023 12.00	Dukungan perawatan diri 1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri	Rabu 26 Juli 2023 17:00 WIB	
			S:	

Program pembatasan gerak	12:10 12:20 12:25 12:30 12:35 12:40 12:45 12:05 12:55	<ol style="list-style-type: none"> 2. Mengidentifikasi tingkat kemandirian 3. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan 4. Menyiapkan keperluan pribadi 5. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 6. Mengajarkan melakukan perawatan diri secara konsisten <p>Dukungan mobilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 4. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini 5. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan jika kaki sudah bisa digerakkan 2. Pasien mengatakan jika tidak akan melakukan mobilisasi karena harus bedrest 24 jam 3. Pasien mengatakan mandi sehari 2 kali 4. Pasien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan mandi, mengganti pakaian dan BAB sendiri 5. Pasien mengatakan mampu untuk makan minum sendiri <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terlihat masih bedrest dan tidak bisa melakukan mobilisasi 2. Pasien belum melakukan perawatan diri mandi, BAB dan berganti pakaian <p>A: Masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien melanjutkan program bedrest selama 24 jam sampai besok jam 12.00 	Ananda yesika dewi
--------------------------------	---	---	--	-----------------------




Ananda
yesika dewi

Resiko	Rabu 26 Juli 2023	Perawatan selang	Rabu 26 Juli 2023
infeksi	12:00	1. mengidentifikasi indikasi dilakukan pemasangan selang	17:00 WIB
dengan factor		2. Memonitor kepatenan selang	S:
resiko efek	12:10	3. Memonitor jumlah, warna dan konsistensi drainase selang	1. Keluarga pasien mengatakan tujuan dan prosedur pemasangan selang
prosedur	12:15	4. Memonitor kulit disekitar insersi selang	2. Keluarga mengatakan memahami tanda dan gejala infeksi (adanya kemerahan, nyeri, panas dan bengkak)
invasif	12:20	5. melakukan kebersihan tangan sebelum dan setelah perawatan selang	3. Keluarga mengaakan belum terlalu paham cara perawatan selang
	12:25	6. mengosongkan kantong penampung	O:
	12:30	7. Melakukan perawatan kulit pada daerah insersi selang	1. Tampak cairan drainase berwarna merah, cair dan berjumlah sekitar 500 cc
	12:35	8. Menjelaskan tujuan dan prosedur pemasangan selang	2. Keluarga tampak paham saat dijelaskan tanda gejala infeksi
	12:40	9. Mengajarkan cara perawatan selang	3. Kulit sekitar insersi tidak ada kemerahan dan kerusakan kulit
	09:45	10. Mengajarkan mengenali tanda-tanda infeksi	4. Terpasang drainase dan kateter urin
	09:50		A: Masalah Resiko infeksi belum teratasi
			P: Intervensi dilanjutkan
			- Memonitor jumlah, warna dan konsistensi

- drainase selang
- Mengosongkan kantong penampung
 - Memonitor tanda gejala infeksi

HARI KEDUA

NO DX	TANGGAL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
Nyeri akut	Kamis 27 Juli 2023	Manajemen nyeri	Kamis 27 Juli 2023	
	09.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	15:00 WIB	 Ananda yesika dewi
	10:10	2. Mengidentifikasi skala nyeri skla nyeri 4 (sedang)	1. Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah dilakukan relaksasi benson	
	10:20	3. Memberikan teknik nonfarmakologis (relaksasi benson) untuk mengurangi rasa nyeri	2. Pasien mengatakan nyeri skala Pada jam 10.30 skala nyeri 3 Pada jam 14.30 skala nyeri 2	
	10:40	4. Menganjurkan memonitor secara mandiri	3. Pasien mengatakan nyeri pada bagian dekat kemaluan	
	14.00	5. Mengidentifikasi skala nyeri skla nyeri 3 (ringan)	4. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dan terasa seperti ditusuk-tusuk	
	14.05	6. Memberikan teknik nonfarmakologis (relaksasi benson) untuk mengurangi rasa nyeri	O: 1. Telah dilakukan relaksasi benson sebanyak 2 kali 2. Pasien terlihat meringis menahan sakit 3. Pasien mampu melaporkan dan mengenal	

- penyebab nyeri
4. Pasien terlihat mampu dalam melakukan relaksasi benson
 5. TTV pasien
TD: 129/96mmHg
S :37,2°C
RR 22 x/menit
N 98 x/menit
SpO2 98%


A:

Masalah nyeri belum teratasi

P:

Intervensi dilanjutkan

1. Mengidentifikasi dan memonitor nyeri secara mandiri
2. Pemberian obat injeksi Ketorolac pada jam 21.00 WIB

Resiko perdarahan dengan faktor resiko tindakan pembedahan	Kamis 27 Juli 2023	Pencegahan perdarahan	Kamis 27 Juli 2023	
	09:00	1. Memonitor tanda dan gejala perdarahan	15.00 WIB	
	09:10	2. Mempertahankan untuk bedrest selama perdarahan	S:	Ananda
	09:20	3. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan	1. Keluarga pasien megatakan jika darah keluar dari kateter urin dan bercampur dengan urin namun tidak sebanyak kemarin	yesika dewi

2. Pasien mengatakan sudah meningkatkan asupan cairan

O:

1. Pasien sudah melakukan mobilitas (duduk dan berjalan)
2. Kulit dan membran mukosa pasien tampak lembab
3. Pasien menghabiskan minum sebanyak \pm 2250 liter
4. TTV pasien
TD: 129/96mmHg
S :37,2°C
N 98 x/menit


A:

Masalah resiko perdarahan belum teratasi


P:

Intervensi dilanjutkan

- Memonitor tanda dan gejala perdarahan
- Menganjurkan meningkatkan asupan cairan


Gangguan mobilitas fisik b/d Program	Kamis 27 Juli 2023 08:35 08:40	Dukungan perawatan diri 1. Mengidentifikasi tingkat kemandirian 2. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan	Kamis 27 Juli 2023 15:00 WIB S: 1. Pasien megatakan jika sudah mulai duduk	 Ananda
--------------------------------------	--------------------------------------	--	--	---

pembatasan gerak		makan	dan berjalan sedikit-sedikit	yesika dewi
	08:45	3. Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	2. Keluarga mengatakan untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	
	08:50	4. Mengajukan melakukan perawatan diri secara konsisten	3. Pasien belum mampu melakukan perawatan diri secara mandiri	
		Dukungan mobilisasi	4. Pasien mengatakan mand dan berganti pakaiani dengan dibantu keluarga dan pasien belum merasakan BAB	
	12:00	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	O:	
	12:10	3. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	1. Program pembatasan gerak (24 jam) pasien sudah selesai pada jam 12.00	
	12:20	4. Memfasilitasi melakukan pergerakan	2. Pasien terlihat duduk dan bisa melakukan mobilisasi sederhana	
	12:30	5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	3. Pasien tampak melakukan mobilisasi (duduk dan berjalan)	
	12:35	6. Mengajukan melakukan mobilisasi dini	4. Keluarga pasien tampak membantu pasien dalam mandi dan berganti pakaian	
	12:40	7. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	A: Masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasi	
			P: Intervensi dilanjutkan	
			- Melakukan mobilisasi	

Resiko infeksi dengan factor resiko efek prosedur invasif	Kamis 27 Juli 2023	Perawatan selang	Kamis 27 Juli 2023	
	09:00	1. Memonitor kepatenan selang	15:00 WIB	
	09:10	2. Memonitor jumlah, warna dan konsistensi drainase selang	S:	Ananda
	09:20	3. Memonitor kulit disekitar insersi selang	1. Keluarga mengatakan memahami tanda dan gejala infeksi (adanya kemerahan, nyeri, panas dan bengkak)	yesika dewi
	09:30	4. mengosongkan kantong penampung	2. Keluarga mengatakan paham cara perawatan selang	
	09:35	5. Mengajarkan cara perawatan selang	O:	
	09:40	6. Mengajarkan mengenali tanda-tanda infeksi	1. Tampak cairan drainase berwarna merah, cair dan berjumlah sekitar 1000 cc	
			2. Keluarga tampak paham saat dijelaskan tanda gejala infeksi	
			3. Kulit sekitar insersi tidak ada kemerahan dan kerusakan kulit	
			4. Terpasang drainase dan kateter urin	
			A:	
			Masalah Resiko infeksi belum teratasi	
			P:	
			Intervensi dilanjutkan	
			- Memonitor jumlah, warna dan konsistensi drainase selang	
			- Mengosongkan kantong penampung	

- Memonitor tanda gejala infeksi

HARI KETIGA

NO DX	TANGGAL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
Nyeri akut	Jum'at 28 Juli 2023	Manajemen nyeri	Jum'at 28 Juli 2023	
	10:00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	14:00 WIB	
	10:10	2. Mengidentifikasi skala nyeri (skala 2)	S:	
	10:20	3. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	1. Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah dilakukan relaksasi benson	Ananda yesika dewi
	10:30	4. Memberikan teknik nonfarmakologis (relaksasi benson) untuk mengurangi rasa nyeri	2. Pasien mengatakan skala nyeri Pada jam 10.30 skala nyeri 1 Pada jam 14.30 skala nyeri 1	
	11:00	5. Menganjurkan memonitor secara mandiri	3. Pasien mengatakan nyeri pada bahwan penis	
	14:00	6. Mengidentifikasi skala nyeri (skala 2)	4. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul dan terasa seperti ditusuk-tusuk	
	14:05	7. Memberikan teknik nonfarmakologis (relaksasi benson) untuk mengurangi rasa nyeri	O:	
			1. Telah dilakukan relaksasi beson sebanyak 2 kali	
			2. Pasien mampu melaporkan dan mengenal penyebab nyeri	
			3. Pasien terlihat mampu dalam melakukan relaksasi benson	
			4. TTV pasien	

TD: 116/94mmHg

S :36,2°C

RR 22 x/menit

N 98 x/menit

SpO2 98%


A:

Masalah nyeri belum teratasi

P:

Pasien pulang, pertahankan intervensi

- Mengidentifikasi dan memonitor nyeri secara mandiri
- Mengonsumsi obat natrium diklofenak 50 mg

Resiko perdarahan dengan faktor resiko tindakan pembedahan	Jum'at 28 Juli 2023 09.00 09:10	Pencegahan perdarahan	Jum'at 28 Juli 2023 14.00 WIB	
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala perdarahan 2. Mengajukan meningkatkan asupan cairan 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan jika darah keluar sedikit dari kateter urin dan bercampur dengan urin 2. Pasien mengatakan sudah meningkatkan asupan cairan <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kulit dan membran mukosa pasien tampak 	Ananda yesika dewi

lembab

2. TTV pasien

TD: 116/94mmHg

S :36,2°C

N 98 x/menit


A:

Masalah resiko perdarahan belum teratasi

P:

Pasien pulang, pertahankan intervensi


- Memonitor tanda dan gejala perdarahan
- Menganjurkan meningkatkan asupan cairan

Gangguan mobilitas fisik b/d Program pembatasan gerak	Jum'at 28 Juli 2023 10.00 10:10	Dukungan mobilisasi	Jum'at 28 Juli 2023 15:00 WIB	
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan suda berjalan keluar kamar 2. Keluarga memngatakan jika membantu pasien dalam melakukan mobilisasi <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak melakukan mobilisasi (duduk dan berjalan) <p>A:</p>	Ananda yesika dewi

Masalah Gangguan mobilitas fisik teratasi

P:

Intervensi dihentikan

Resiko	Jum'at 28 Juli 2023	Perawatan selang	Jum'at 28 Juli 2023	
infeksi	09.00	1. memonitor jumlah dan warna drainase selang	15:00 WIB	
dengan factor	09:10	2. memonitor kulit disekitar insersi selang	S:	Ananda
resiko efek	09:20	3. Mengosongkan kantong penampung	1. Pasien mengatakan tidak merasa panas dan bengkak pada bagian insersi selang	yesika dewi
prosedur			O:	
invasif			1. Tampak cairan drainase berwarna merah, cair dan berjumlah sekitar 500 cc	
			2. Kulit sekitar insersi tidak ada kemerahan dan kerusakan kulit	
			3. Terpasang kateter urin	
			A:	
			Masalah Resiko infeksi belum teratasi	
			P:	
			Pasien pulang, pertahankan intervensi	
			- Memonitor jumlah, warna dan konsistensi drainase selang	
			- Mengosongkan kantong penampung	
			- Memonitor tanda gejala infeksi	

- Mengonsumsi obat cefixime 100 mg

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA