

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Definisi

BPH yaitu tumor jinak kronik progresif paling sering pada laki-laki yang menimbulkan keluhan saluran kencing bawah (lower urinary tract symptom, LUTS) yang mengganggu kualitas hidup pasien. Prevalensi BPH meningkat pada pria usia 41-50 tahun sebanyak 20%, pria usia 51-60 tahun sebanyak 50%, dan pria berusia diatas 80 tahun sebanyak lebih dari 90%. (SafitSri, 2020)

Istilah *Benigna prostatic hyperplasia* atau prostatisme digunakan untuk menggambarkan konstelasi gejala berkemih yang terjadi pada pria dengan penuaan. Gangguan ini juga sering disebut sebagai obstruksi saluran kandung kemih yang merujuk pada gejala gejala BPH. Gejala gejala yang terlihat antara lain penurunan aliran, pengosongan kandung kemih yang tidak lengkap, dan nokturia. Gejala gejala tersebut biasanya dinamakan gejala obstruksi dan bersifat alamiah. Sementara itu, ada beberapa gejala iritatif yang terjadi pada pasien BPH, antara lain frekuensi kencing meningkat dan disuria. (Harmilah, 2021)

2.1.2 Anatomi fisiologi

Kelenjar prostat merupakan organ khusus pada lokasi yang kecil, yang hanya dimiliki oleh pria. Kelenjar prostat terletak di bawah kandung kemih (vesika urinaria) melekat pada dinding bawah kandung kemih di sekitar uretra bagian atas. Biasanya ukurannya sebesar buah kenari dengan ukuran 4 x 3 x

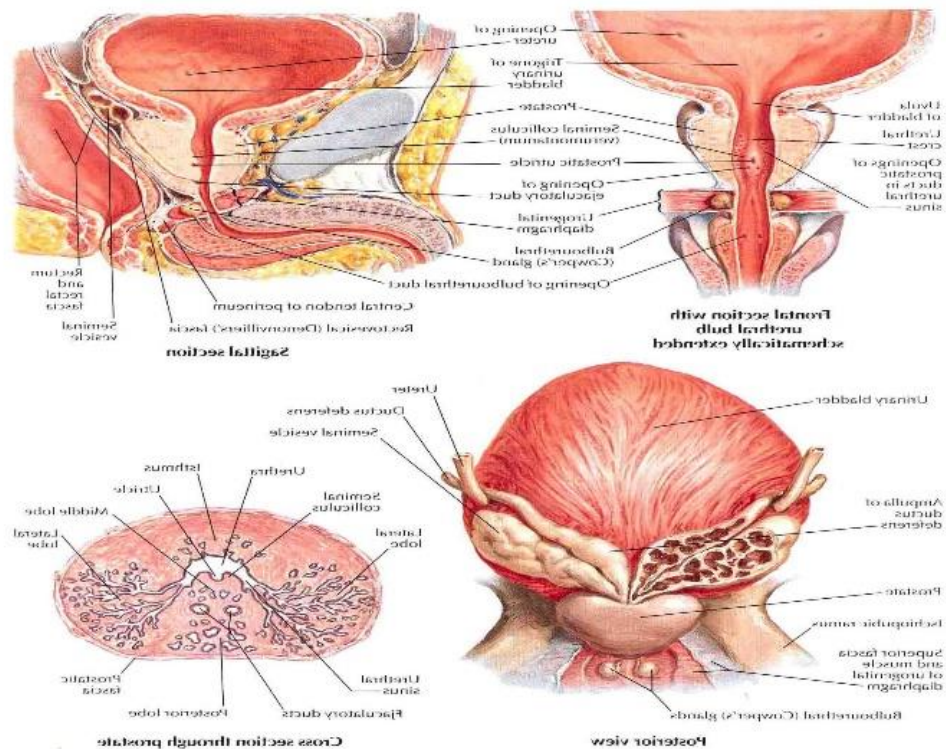
2,5 cm dan beratnya kurang lebih 20 gram dan akan membesar sejalan dengan pertambahan usia. Prostat mengeluarkan sekret cairan yang bercampur secret dari testis, perbesaran prostate akan membendung uretra dan menyebabkan retensi urin. Kelenjar prostat, merupakan suatu kelenjar yang terdiri dari 30-50 kelenjar yang terbagi atas 4 lobus yaitu:

- a. Lobus posterior
- b. Lobus lateral
- c. Lobus anterior
- d. Lobus medial

Batas lobus pada kelenjar prostat:

- a. Batas superior: basis prostat melanjutkan diri sebagai collum vesica urinaria, otot polos berjalan tanpa terputus dari satu organ ke organ yang lain. Batas inferior : apex prostat terletak pada permukaan atas diafragma urogenitalis. Uretra meninggalkan prostat tepat diatas apex permukaan anterior.
- b. Anterior : permukaan anterior prostat berbatasan dengan symphysis pubis, dipisahkan dari symphysis oleh lemak ekstrapéritoneal yang terdapat pada cavum retropubica(cavum retziuz). Selubung fibrosa prostat dihubungkan dengan permukaan posterior os pubis dan ligamentum puboprostatica. Ligamentum ini terletak pada pinggir garis tengah dan merupakan kondensasi vascia pelvis.
- c. Posterior : permukaan posterior prostat berhubungan erat dengan permukaan anterior ampula recti dan dipisahkan darinya oleh septum retovesicalis (vascia Denonvillier). Septum ini dibentuk pada masa janin oleh fusi dinding ujung bawah excavatio rectovesicalis peritonealis, yang semula menyebar ke bawah menuju corpus perinealis.
- d. Lateral : permukaan lateral prostat terselubung oleh serabut anterior m. levator ani waktu serabut ini berjalan ke posterior dari os pubis. Ductus ejaculatorius menembus bagian atas permukaan prostat untuk bermuara

pada uretra pars prostatica pada pinggir lateral orificium utriculus prostaticus. Lobus lateral mengandung banyak kelenjar.



Gambar: Anatomi Prostat

Sumber : <https://bedahunmuh.files.wordpress.com/2010/05/prostate-and-seminal-vesicle.jpg>

Kelenjar prostat ditutupi oleh jaringan fibrosa, lapisan otot halus, dan substansi glandular yang tersusun dari sel epitel kolumnar. Kelenjar prostat menyekresi cairan seperti susu yang menyusun 30% dari total cairan semen, dan memberi tampilan susu pada semen. Sifat cairannya sedikit alkali yang member perlindungan pada sperma di dalam vagina yang bersifat asam. Sekret prostat bersifat alkali yang membantu menetralkan keasaman vagina. Cairan prostat juga mengandung enzim pembekuan yang akan menebalkan semen dalam vagina sehingga semen bisa bertahan dalam serviks (Harmilah, 2021)

2.1.3 Etiologi

Penyebab pasti terjadinya BPH sampai sekarang belum diketahui. Namun, kelenjer prostat jelas sangat tergantung pada hormon androgen. Faktor lain yang erat kaitannya dengan BPH yaitu proses penuaan. Ada beberapa faktor yang kemungkinan menjadi penyebab antara lain :

1. Dihydrotestosteron (DHT)

Peningkatan 5 alfa reduktase dan androgen menyebabkan epitel dan stroma dari kelenjar prostat mengalami hiperplasia.

2. Perubahan keseimbangan hormon estrogen – testosteron

Pada proses penuaan yang dialami pria terjadi peningkatan hormon estrogen dan penurunan testosteron yang mengakibatkan hiperplasi stroma

3. Interaksi stroma – epitel

Peningkatan epidermal growth factor atau fibroblast growth factor dan penurunan transforming growth factor beta menyebabkan hiperplasi stroma dan epitel.

4. Berkurangnya sel yang mati

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

5. Teori kebangkitan kembali (reawakening) atau reinduksi dari kemampuan mesenkim sinus urogenital untuk berproliferasi dan membentuk jaringan prostat.(Haryono, 2013)

2.1.4 Tanda Dan Gejala

Gejala gejala pembesaran prostat jinak dikenal sebagai *Lower Urinary Tract Symptoms* (LUTS), yang dibedakan menjadi:

1. Gejala obstruktif, yaitu
 - a. Hesitansi yaitu memulai kencing yang lama dan seringkali disertai dengan mengejan yang disebabkan oleh otot destrussor buli buli memerlukan waktu beberapa lama untuk meningkatkan tekanan intravesikal guna mengatasi tekanan dalam uretra prostatika
 - b. *Intermitency* yaitu terputus putusnya aliran kencing yang disebabkan oleh ketidakmampuan otot destrussor dalam mempertahankan tekanan intra vesika sampai berakhirnya miksi.
 - c. Terminal *dribbling*, yaitu menetesnya urine pada akhir kencing.
 - d. Pancaran lemah, yaitu kelemahan kekuatan dan kaliber pancaran destrussor memerlukan waktu untuk dapat melampaui tekanan di uretra
 - e. Rasa tidak puas setelah berakhirnya buang air kecil dan terasa belum puas.
2. Gejala iritasi, yaitu:
 - a. Urgensi yaitu perasaan ingin buang air kecil yang sulit ditahan.
 - b. Frekuensi yaitu penderita miksi lebih sering dari biasanya dapat terjadi pada malam hari (Nocturia) dan pada siang hari.
 - c. Disuria yaitu nyeri pada waktu kencing.

Efek yang dapat terjadi akibat hypertropi prostat:

Terhadap uretra:

Bila lobus medius membesar, biasanya arah ke atas mengakibatkan urethra pars prostatika bertambah panjang, dan oleh karena fiksasi ductus ejaculatorius maka perpanjangan akan berputar dan mengakibatkan sumbatan.

Terhadap vesica urinaria:

Pada vesica urinaria akan didapatkan hypertropi otot sebagai akibat proses kompensasi, di mana muscle fibro menebal ini didapatkan bagian yang mengalami depresi (lekukan) yang disebut potensial divertikula.

Pada proses yang lebih lama akan terjadi dekompensasi otot-otot yang hypertropi dan akibatnya terjadi atonia (tidak ada kekuatan) pada otot-otot tersebut.

Kalau pembesaran terjadi pada medial lobus, ini akan membentuk suatu post prostatika pouch, atau kantong yang terdapat pada kandung kemih di belakang medial lobe.

Post prostatika adalah sumber terbentuknya residual urin (urin yang tersisa) dan pada post prostatika pouch ini juga selalu didapati adanya batu-batu di kandung kemih.

Terhadap ureter dan ginjal:

Kalau keadaan urethra vesica valve baik, tekanan ke ekstra vesikel tidak diteruskan ke atas. Namun, bila valve ini rusak maka tekanan diteruskan ke atas. Akibatnya, otot-otot calyces, pelvis, ureter sendiri mengalami hipertropi dan akan mengakibatkan hidronefrosis dan akibat lanjut uremia.

Terhadap sex organ:

Mula-mula libido meningkat, tetapi akhirnya libido menurun.(Haryono, 2013)

2.1.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi BPH menurut buku pustaka baru press 2021 meliputi:

- a. Poliuria, karena kandung kemih hanya mampu mengeluarkan sedikit air kemih (10-12x/24 jam).
- b. Disuria, terjadi nyeri akibat iritasi/infeksi.
- c. Aliran air kemih terganggu, karena terjadi penyempitan uretra.
- d. Hematuria, akibat kongesti basis kandung kemih.
- e. Retensi urin.
- f. Hidronefrosis dan kegagalan ginjal, terjadi akibat tekanan balik melewati ureter ke ginjal.(Harmilah, 2021)

2.1.6. Patofisiologi

Meskipun jarang mengancam jiwa, BPH memberikan keluhan yang dapat mengganggu aktivitas sehari-hari. Keadaan ini akibat obstruksi pada leher kandung kemih dan uretra oleh BPH. Selanjutnya obstruksi ini dapat menimbulkan perubahan struktur kandung kemih maupun ginjal sehingga menyebabkan komplikasi pada saluran kemih atas maupun bawah.

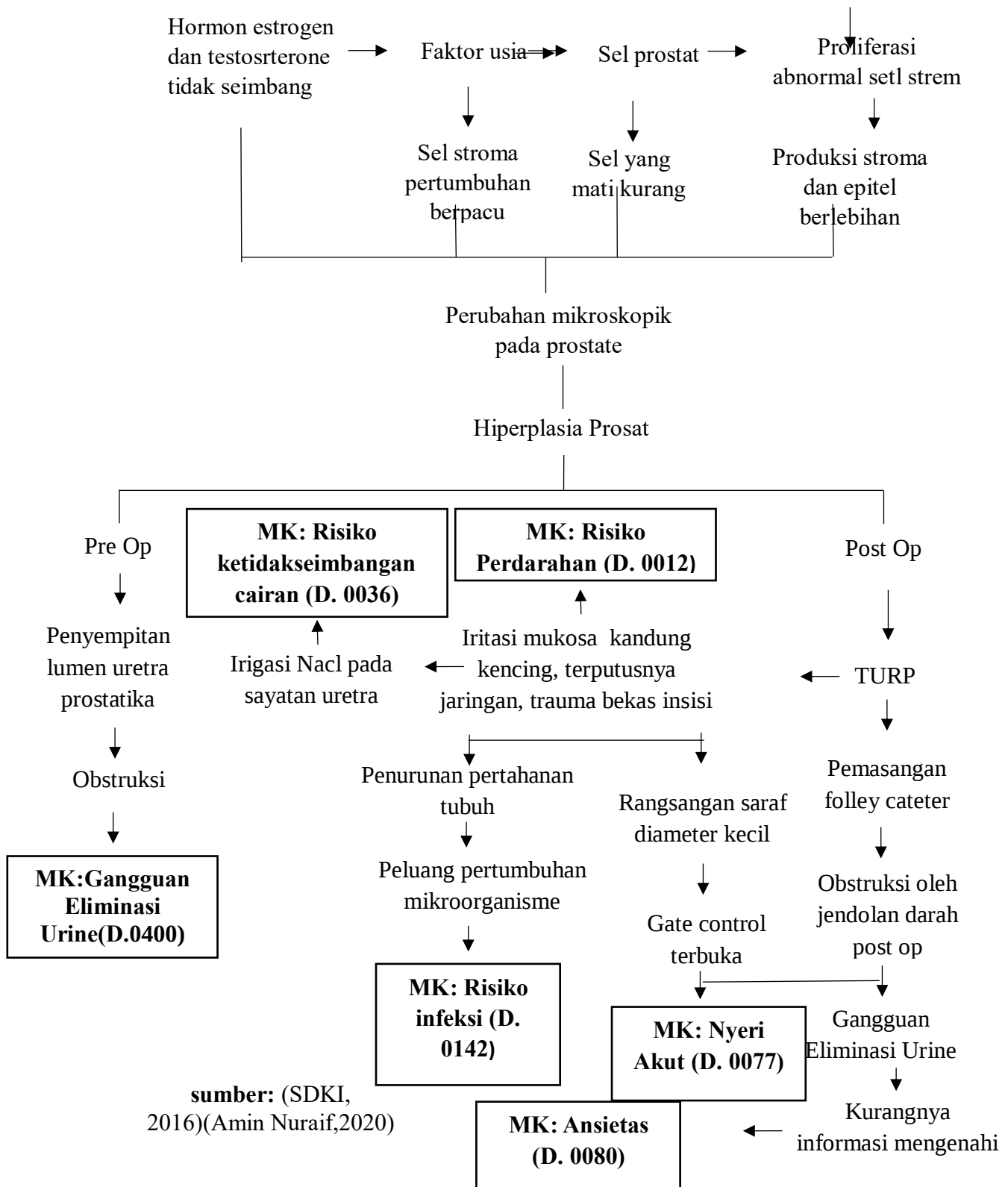
Hiperplasia atau pembesaran prostat mengakibatkan penyempitan lumen uretra posterior dan fase lanjut dapat meningkatkan tekanan intravesikal. BPH mengakibatkan kandung kemih (bladder) mengalami hipertropi otot detrusor, tuberkulasi, selulosa, dan divertikel buli-buli. Selain itu BPH juga dapat mengakibatkan ginjal dan ureter mengalami refluks

vesiko-ureter, hidroureter, hinfrosis, piolonefrosi-si-piolonefritis yang berlanjut menjadi gagal ginjal.

Keluhan yang disampaikan oleh pasien BPH sering kali berupa lower urinary tract symptoms (LUTS), yang terdiri atas gejala obstruksi (voiding symptoms), gejala iritasi (storage symptoms), dan gejala pasca berkemih. Gejala obstruksi meliputi pancaran kemih lemah dan terputus (intermitensi) dan merasa tidak puas sehabis berkemih. Gejala iritasi meliputi frekuensi berkemih meningkat, urgensi, nokturia. Gejala pasca berkemih berupa urine menetes (dribbling), hingga gejala yang paling berat adalah retensi urine.

Hubungan antara BPH dengan LUTS sangat kompleks. Tidak semua pasien BPH mengeluhkan gangguan berkemih atau sebaliknya. Sebagai contoh, penggunaan obat harian, seperti antidepresan, antihistamin, atau bronkodilator terbukti dapat menyebabkan peningkatan 2-3 skor International Prostate Symptom Score (IPSS). (Harmilah, 2021)

2.1.7. WOC



2.1.8 Penatalaksanaan Medis

Perawatan tidak selalu diperlukan untuk pembesaran kelenjar prostat. Sering kali hanya observasi dengan pemeriksaan rutin jika gejala yang terjadi ringan. Keuntungan dari pendekatan ini adalah bahwa pasien tidak perlu menderita efek buruk dari operasi prostat atau perawatan prostat, kecuali kondisi mereka berkembang dan gejala pembesaran prostat membutuhkan perawatan. Dua perawatan umum untuk BPH antara lain, pilihan medis dan bedah :

a. Perawatan medis

Perawatan medis biasanya disediakan untuk pria yang memiliki gejala signifikan. Obat-obatannya termasuk:

- 1) Terazosin, termasuk golongan obat yang mengendurkan otot polos arteri, prostat, dan leher kandung kemih. Ini membantu meredakan obstruksi kemih yang disebabkan oleh pembesaran prostat di BPH. Efek sampingnya termasuk sakit kepala dan mudah lelah.
- 2) Finasteride, obat yang menghambat kerja hormon testosteron pria dan membantu mengecilkan prostat. Efek samping dari obat ini termasuk menurunnya gairah seks, masalah ereksi dan ejakulasi.

b. Operasi

Pembedahan adalah pengobatan yang paling mungkin untuk meredakan gejala-gejala BPH. Namun, pengobatan ini juga memiliki banyak komplikasi. Ada dua jenis pembedahan untuk BPH, antara lain :

- 1) Transurethral resection of the prostate (TURP)

adalah prosedur pembedahan yang paling umum. Pasien dioperasi di bawah anestesi umum dan kelenjar prostat dihilangkan dari dalam kandung kemih. Tindakan ini dapat meringankan gejala obstruktif di BPH. Namun, TURP hanya dapat di-gunakan jika prostat tidak terlalu besar.

- 2) Operasi terbuka digunakan ketika prostat sangat membesar. Dalam operasi terbuka, ahli bedah membuat sayatan di perut atau antara skrotum dan anus untuk mengangkat jaringan prostat (prostatektomi radikal).

c. Terapi medikamentosa

- 1) Penghambat andrenergik, misalnya prazosin, doxazosin, alfluzosin atau (tamsulosin)
- 2) Penghambat enzim reduktase, misalnya finasteride (poscar)
- 3) Fitoterapi, misalnya eviprostata.(Harmilah, 2021).

2.2 Konsep Keperawatan Teoritis

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis pada pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien

a. Identitas pasien

Identitas pasien yaitu nama, umur, jenis kelamin, agama, suku atau bangsa, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, catatan kedatangan.

b. Identitas keluarga

Keluarga terdekat yang dapat dihubungi yaitu nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat, dan sumber informasi, beserta nomor telepon

c. . Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Biasanya klien mengeluh nyeri pada saat BAK , pasien juga sering mengeluh BAK berulang ulang, terbangun untuk BAK pada malam hari, perasaan ingin BAK yang sangat mendesak, kalau mau BAK harus menunggu lama, harus mencedan, BAK terputus putus.

2) Riwayat kesehatan sekarang

- a) Pasien mengeluh sakit pada saat BAK dan harus menunggu lama, dan harus mencedan
- b) Pasien mengatakan tidak bisa melakukan hubungan seksual
- c) Pasien mengatakan BAK tidak terasa
- d) Pasien mengeluh sering BAK berulang ulang
- e) Pasien mengeluh sering terbangun untuk BAK pada malam hari

3) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah pasien pernah menderita BPH sebelumnya dan apakah pasien pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya.

4). Riwayat kesehatan keluarga

di antara keluarga pasien sebelumnya ada yang menderita penyakit yang sama dengan penyakit pasien sekarang

d. Data psikologis

Biasanya adanya perubahan fungsi dan struktur tubuh menyebabkan penderita mengalami gangguan pada gambaran diri, lamanya perawatan, banyaknya biaya perawatan dan pengobatan menyebabkan pasien mengalami kecemasan dan gangguan peran pada keluarga.

e. Data biologis

a. Pola nutrisi

Bagaimana kebiasaan makan , minum sehari- hari, jenis makanan apa saja yang sering di konsumsi, makanan yang paling disukai, frekwensi makanannya.

b. Pola eliminasi

Pola BAK (frekuensi, warna, jumlah urine yang dikemihkan, catat harian waktu berkemih karena sangat berguna dengan pasien yang mengeluh nokturia sebagai keluhan yang menonjol).

BAB :Kaji tentang frekuensi, jumlah, warna BAB terakhir

c. Pola aktivitas

Kegiatan sehari-hari, olahraga yang sering dilakukan, aktivitas diluar kegiatan olahraga, misalnya mengurus urusan adat di kampung dan sekitarnya.

d. Personal hygiene

Upaya untuk menjaga kebersihan diri cenderung kurang.

e. pemeriksaan fisik

pemeriksaan Fisik Head to-toe meliputi :

1) Keadaan Umum

Keadaan umum klien mulai saat pertama kali bertemu dengan klien dilanjutkan mengukur tanda-tanda vital. Kesadaran klien jugadiamati apakah kompos mentis, apatis, samnolen, delirium, semi koma atau koma.

2) Pemeriksaan Tanda-tanda Vital

Tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, respirasi, suhu) umumnya pasien mengalami takikardi, peningkatan tekanan darah, dapat juga terjadi hipotensi.

3) Pemeriksaan kepala dan muka

Inspeksi : Kebersihan kepala, warna rambut hitam keputihan, tidak ada kelainan bentuk kepala, Pasien nampak meringis menahan nyeri.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, mengkaji kerontokan dan kebersihan rambut, kaji pembengkakan pada muka.

4) Mata

Inspeksi : Keadaan pupil isokor atau anisokor, refleks cahaya tidak ada gangguan, konjungtiva anemis

Palpasi : tidak ada nyeri tekan atau peningkatan tekanan intraokuler pada kedua bola mata.

5) Hidung

Inspeksi : Bersih, tidak terdapat polip, tidak terdapat nafas cuping hidung Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada hidung

6) Telinga

Inspeksi : simetris telinga kanan dan kiri, tidak ada luka, telinga bersih tidak ada serumen.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

7) Mulut

Inspeksi : tidak ada kelainan kogenital (bibir sumbing), warna, kesimetrisan, sianosis atau tidak, pembengkakan, lesi, amati adanya stomatitis pada mulut, amati jumlah dan bentuk gigi, gigi berlubang, warna, plak, dan kebersihan gigi. Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan pada pipi dan mulut bagian dalam.

8) Leher

Inspeksi : tidak ada luka, kesimetrisan, masa abnormal

Palpasi : mengkaji adanya distensi vena jugularis, pembesaran kelenjar tiroid.

9) Thorak :

a. Paru-paru

Inspeksi : Simetris, tidak terdapat luka, ekspansi dada simetris

Palpasi : Tidaknya nyeri tekan, vokal fremitus sama antara kanan dan kiri Perkusi : normalnya berbunyi sonor.

Auskultasi : normalnya terdengar vasikuler pada kedua paru.

b. Jantung

Inspeksi : Ictus cordis tidak nampak

Palpasi : Ictus cordis teraba di ICS 4 & 5 mid clavicula sinistra.

Perkusi : normalnya terdengar pekak

Auskultasi : normalnya terdengar tunggal suara jantung pertama dan suara jantung kedua.

10). Abdomen

Inspeksi : Pada inspeksi perlu diperhatikan, apakah abdomen membuncit atau datar ,apakah terpasang selang irigasi dan drainase, melihat lebar luka post op, melihat apakah ada kemerahan disekitar luka post operasi

Palpasi: apakah Adakah nyeri tekan abdomen,turgor kulit perut untuk mengetahui derajat hidrasi pasien

Perkusi: Apakah abdomen normal tympanik, adanya massa padat atau cair akan menimbulkan suara pekak (hepar, asites, vesika urinaria, tumor,)

Auskultasi: Secara peristaltic usus dimana nilai normalnya 5-35 kali permenit

11). Ekstremitas

a. Atas

Inspeksi : mengkaji kesimetrisan dan pergerakan ekstremitas atas, Integritas ROM (Range Of Motion), kekuatan dan tonus otot.

Palpasi : mengkaji bila terjadi pembengkakan pada ekstremitas atas

b. Bawah

Inspeksi : mengkaji kesimetrisan dan pergerakan ekstremitas atas, Integritas ROM (Range Of Motion), kekuatan dan tonus otot.

Palpasi : mengkaji bila terjadi pembengkakan pada ekstremitas atas

12). Integritas kulit

Inspeksi : warna kulit, kelembapan, akral hangat atau tidak

Palpasi :integritas kulit, CRT (Capillary Refil Time) pada jarinormalnya < 2 detik

13). Genetalia

Inspeksi : laki-laki, adanya luka, abdomen membengkak, urine berdarah, terpasang folley kateter 3 lubang (treeway catheter) dengan Irigasi NaCl 0,9% (urine berwarna merah muda kemerahan hingga merah muda jernih)

2.2.2 Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilalian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang berlangsung actual maupun potensal. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi klien menurut buku SDKI :

1. Gangguan eliminasi urine b/d efek tindakan medis (D.0040)
2. Risiko perdarahan b/d tindakan pembedahan (D. 0012)
3. Risiko infeksi b/d efek prosedur invansif (D. 0142)
4. Nyeri akut b/d Agen pencendera fisik
(mis.abses,amputasi,terbakar,terpotong mengangkat berat,
prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (D. 0077)
5. Risiko Ketidakseimbangan Cairan b/d Proses pembedahan Mayor
(D. 0036)
6. Ansietas b/d krisis situasional (D. 0080)

2.2.3 Intervensi keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	Gangguan eliminasi urine b/d efek tindakan medis (D.0040)	Eliminasi urine (L. 04034) Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam maka ekspektasi meningkat dengan kriteria hasil : - Sensasi berkemih meningkat - Desakan berkemih (urgensi) menurun - Distensi kandung kemih menurun - Berkemih tidak tuntas menurun - Volume residu urine menurun - Urine menetes (dribbling) menurun - Nokturia menurun - Mengompol menurun - Enuresis menurun - Disuria menurun - Anuria menurun - Frekuensi BAK membaik - Karakteristik urine membaik	Kateterisasi Urine (I. 04147) Tindakan Observasi - Periksa kondisi pasien (mis. Kesadaran, tanda tanda vital, daerah perineal, distensi kandung kemih, inkontinensia urine, refleks berkemih) Terapeutik - Siapkan peralatan, bahan bahan dan ruangan tindakan - Siapkan pasien: bebaskan pakaian bawah dan posisikan supine - Pasang sarung tangan - Bersihkan daerah perineal atau preposium dengan cairan NaCl atau aquades - Lakukan insersi kateter urine dengan urine bag - Isi balon dengan NaCl 0,9% sesuai anjuran pabrik - Fiksasi selang kateter diatas simpisis atau di paha

			- Pastikan kantung urine ditempatkan lebih rendah dari kandung kemih - Berikan label waktu pemasangan Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur pemasangan kateter urine - Anjurkan menarik napas saat insersi selang kateter
2	Risiko perdarahan b/d tindakan pembedahan (D. 0012)	Tingkat perdarahan (L. 02017) Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam maka ekspetasi menurun dengan kriteria hasil: - Membran mukosa lembap meningkat - Kelembapan kulit meningkat - Kognitif meningkat - Hemoptisis menurun - Hematemesis menurun - Hematuria menurun - Perdarahan anus menurun - Distensi abdomen menurun - Perdarahan vagina menurun - Perdarahan pasca operasi menurun	Pencegahan perdarahan (L. 02067) Tindakan Observasi - Monitor tanda dan gejala perdarahan - Monitor nilai hematokrit/ hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah - Monitor tanda-tanda vital ortostatik - Monitor koagulasi (mis. prothrombin time (PT), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin dan atau platelet) Terapeutik - Pertahankan bed rest selama perdarahan - Batasi tindakan invasif, jika perlu - Gunakan kasur pencegahan dekubitus - Hindari pengukuran suhu rektal

		- Hemaglobin membaik - Hematokrit membaik - Tekanan darah membaik - Frekuensi nadi membaik - Suhu tubuh membaik	Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala perdarahan - Menggunakan kaus kaki saat ambulasi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi - Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan - Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K - Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan Kolaborasi - Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu - Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu - Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
3	Risiko infeksi b/d efek prosedur invansif (D. 0142)	Tingkat infeksi (L. 14137) Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 1 x 24 jam ekspektasi menurun dengan kriteria hasil : - Kebersihan tangan meningkat - Kebersihan badan meningkat - Demam menurun	Pencegahan infeksi (I. 14539) Tindakan Observasi - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik

		- Kemerahan menurun - Nyeri menurun - Bengkak menurun - Vesikel menurun - Cairan berbau busuk menurun - Sputum berwarna hijau menurun - Drainase purulen menurun - Piuria menurun - Periode malaise menurun - Periode menggigil menurun - Letargi menurun - Gangguan kognitif menurun - Kadar sel darah putih membaik - Kultur darah membaik - Kultur urine membaik - Kultur sputum membaik - Kultur area luka membaik - Kultur feses membaik - Nafsu makan membaik	- Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar - Ajarkan etika batuk - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi - Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
4	Nyeri akut b/d Agen pencendera fisik (mis.abses,amputasi,terbakar,terpotong mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (D. 0077)	tingkat nyeri (L. 08066) setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 1 x 24 jam ekspektasi menurun dengan kriteria hasil:	Manajemen nyeri (I. 08238) Tindakan Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

		- Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Menarik diri menurun - Berfokus pada diri sendiri menurun - Diaforesis menurun - Perasaan depresi (tertekan) menurun - Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun - Anoreksia menurun - Perineum terasa tertekan menurun - Uterus teraba membulat menurun - Ketegangan otot menurun - Pupil dilatasi menurun - Muntah menurun - Mual menurun - Frekuensi nadi membaik - Pola napas membaik - Tekanan darah membaik - Proses berpikir membaik	- Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur
--	--	--	--

		- Fokus membaik - Fungsi berkemih membaik - Perilaku membaik - Nafsu makan membaik - Pola pikir membaik	- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi - Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
5	Ansietas b/d krisis situasional (D. 0080)	Tingkat ansietas (L. 09093) Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 1 x 24 jam eskpetasi menurun dengan kriteria hasil : - Verbalisasi kebingungan menurun	Terapi relaksasi (I. 09326) Tindakan Observasi - Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif

		- Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun - Perilaku gelisah menurun - Perilaku tegang menurun - Keluhan pusing menurun - Anoreksia menurun - Palpitasi menurun - Diaforesis menurun - Tremor menurun - Pucat menurun - Konsentrasi membaik - Pola tidur membaik - Frekuensi pernapasan membaik - Frekuensi nadi membaik - Tekanan darah membaik - Kontak mata membaik - Pola berkemih membaik - Orientasi membaik	- Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan - Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya - Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan - Monitor respon terhadap terapi relaksasi Terapeutik - Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan - Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi - Gunakan pakaian longgar - Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama - Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai Edukasi - Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)
--	--	--	--

			- Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih - Anjurkan mengambil posisi nyaman - Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi - Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih - Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)
6	Risiko Ketidakseimbangan Cairan b/d Prosedur pembedahan mayor (D.0036)	Keseimbangan Cairan (L. 03020) Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 1 x 24 jam eskpetasi Meningkat dengan kriteria hasil : - Asupan makanan Meningkat - Edema Menurun - Dehidrasi Menurun - Asites Menurun - Konfusi Menurun - Intake cairan Membaik - Output urin Membaik - Tekanan darah Membaik - Frekuensi nadi Membaik - Kekuatan nadi Membaik - Tekanan arteri rata-rata Membaik - Mata cekung Membaik	Pemantauan Cairan (I. 03121) Tindakan Observasi - Monitor frekuensi dan kekuatan nadi - Monitor frekuensi napas - Monitor tekanan darah - Monitor berat badan - Monitor waktu pengisian kapiler - Monitor elastisitas atau turgor kulit - Monitor jumlah, warna dan berat jenis urin - Monitor kadar albumin dan protein total - Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, BUN) - Monitor intake dan output cairan

		- Turgor kulit Membaik - Berat badan Membaik	- Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah, konsentrasi urin meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat) - Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. dispnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat) - Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (mis. prosedur pembedahan mayor, trauma atau perdarahan, luka bakar, aferesis, obstruksi intestinal, peradangan pankreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal) Terapeutik - Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi
--	--	---	---

			- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan - Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
--	--	--	--

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi yang telah disusun untuk mencapai tujuan yang secara spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi yang telah terbentuk dan ditujukan pada tindakan keperawatan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diinginkan (Siregar 2021).

2.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi merupakan tindakan intelektual untuk mengetahui hasil dari perumusan diagnosa, perencanaan intervensi dan pengambilan aksi atau implementasi yang telah dilakukan. Tahap evaluasi memungkinkan perawat untuk mengetahui tujuan intervensi tersebut dapat mengatasi masalah yang muncul atau tidak (Siregar 2021).