

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### A. Kesimpulan

*Benigna prostate Hiperplasia* (BPH) adalah pembesaran progresif dari kelenjar prostat yang bersifat jinak yang dapat menyumbat uretra pars prostatika dan menyebabkan terhambatnya aliran urine keluar dari buli-buli.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Tn.H dengan pasca operasi BPH yang dirawat di Ruang Anggrek RSUD Pandan Arang Boyolali. Asuhan keperawatan dilaksanakan selama 3 hari dari tanggal 30 Desember 2015 sampai dengan 01 Januari 2016. Diawali dengan pengkajian, perumusan masalah, perencanaan, implementasi, dan evaluasi, maka penulis dapat mengamil beberapa kesimpulan sebagai berikut :

#### 1. Pengkajian

Pada saat dilakukan pengkajian baik aspek bio, psiko, sosial dan spiritual perlu adanya beberapa tehnik yaitu observasi, wawancara , pemeriksaan fisik, dan pengambilan data penunjang sehingga didapatkan status kesehatan klien atau permasalahan dan kesehatan klien. Saat pengkajian pada Tn.H dengan pasca operasi BPH melalui tindakan Open Prostatectomy, ditemukan keluhan pasien yang mengatakan nyeri pada area sekitar bekas luka operasi area supra pubis, nyeri terasa perih, panas, skala nyeri 5, terpasang *three way folley* kateter, adanya irigasi pada kateter, adanya traksi serta drainase.

#### 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.H dengan pasca operasi BPH adalah nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik, risiko perdarahan berhubungan dengan efek samping pembedahan, retensi urine berhubungan dengan obstruksi oleh bekuan darah, defisit perawatan diri : mandi, berhubungan dengan nyeri, pemasangan alat – alat invasif, risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.

### 3. Intervensi

Rencana keperawatan disusun untuk mengatasi masalah keperawatan pada Tn.H dengan post operasi BPH diantaranya adalah dengan kaji nyeri pasien, ajarkan tehnik non farmakologi, monitor tanda-tanda vital, monitor tanda-tanda perdarahan, monitor intake dan output, monitor tanda dan gejala ISK, lakukan palpasi pada abdomen daerah supra pubis, pantau kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri mandi, dukung kemandirian pasien dalam melakukan mandi sesuai dengan kemampuan yang dimiliki, monitor tanda dan gejala infeksi, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.

### 4. Implementasi

Implementasi dilaksanakan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun, antara lain mengkaji nyeri pasien, mengajarkan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri dengan relaksasi nafas dalam, memonitor tanda-tanda vital, memonitor tanda-tanda perdarahan, memonitor intake dan output, memonitor tanda dan gejala ISK, melakukan palpasi pada abdomen daerah suprapubis, memonitor kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas perawatan diri mandi, mendukung kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri mandi, memberikan obat sesuai dengan *advice* dokter, memonitor tanda-tanda infeksi.

### 5. Evaluasi

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari, selanjutnya melakukan evaluasi dengan hasil pada diagnosa pertamanya akut berhubungan dengan agen injuri fisik. Masalah teratasi sebagian, pasien masih merasa nyeri dengan skala 3, nyeri jarang dirasakan dan pasien tampak rileks.

Diagnosa kedua resiko perdarahan berhubungan dengan efek samping pembedahan. Masalah teratasi sebagian, tidak ada tanda – tanda perdarahan, tanda – tanda vital dalam batas normal ditandai dengan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,7°C, respirasi 20x/menit.

Diagnosa ketiga resiko retensi urine berhubungan dengan obstruksi oleh bekuan darah. Masalah teratasi sebagian, tidak ada tanda dan gejala ISK, tidak ada spasme bladder, irigasi lancar.

Diagnosa keempat defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan nyeri, terpasang alat - invasif. Masalah teratasi sebagian, aktivitas perawatan diri pasien dibantu sebagian, pasien dapat mandi seka secara mandiri pasien tampak bersih, segar dan wangi.

Pada diagnosa kelima risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif. Masalah teratasi sebagian, tidak ada tanda-tanda infeksi, tanda-tanda vital dalam batas normal ditandai dengan tekanan darah 120/80 mmHg, : 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, suhu 36,7°C, respirasi 20x/menit.

## B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis memberikan saran sebagai berikut :

### 1. Bagi pasien

Bagi pasien diharapkan dapat melaksanakan program terapi yang telah direncanakan baik berupa pemberian terapi farmakologi, mobilisasi mandiri, dan perawatan setelah dari Rumah Sakit.

### 2. Bagi Tenaga medis

Bagi perawat diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan yang optimal pada pasien. Perawat secara rutin mengunjungi pasien untuk mengetahui status kesehatan dan masalah kesehatan yang terjadi pada pasien.

### 3. Bagi institusi pendidikan

Bagi institusi pendidikan diharapkan dapat memberikan pembekalan dan memberikan fasilitas secara optimal. Sehingga dapat membantu dan mempermudah mahasiswa dalam melakukan tindakan atau asuhan keperawatan.

### 4. Bagi Mahasiswa

Sebagai calon tenaga perawat profesional, hendaknya mahasiswa keperawatan dapat mempergunakan wadah tempat mereka menimba ilmu dengan semaksimal mungkin, sehingga dalam melaksanakan

tindakan keperawatan harus didasari dengan teori yang ada agar nantinya mahasiswa menjadi lebih siap dan mampu mengaplikasikan ilmu keperawatan dengan sebaik-baiknya apabila mereka telah terjun ke lahan praktek.