

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil

4.1.1. Pengkajian

Focus pengkajiann adalah :

1) Pengkajian Identitas

- a. pasien pertama bernama Tn. R umur 57 tahun berjenis kelamin laki-laki, suku bangsa jawa, pendididkan tamatan SD, bertempat tinggal di surabaya, masuk rumah sakit pada tanggal 14 Maret 2015 dengan diagnosis medis BPH+HIL (hernia inguinalis lateralis).
- b. Kemudian pasien kedua bernama Tn. F umur 53 tahun berjenis kelamin laki-laki, Suku bangsa jawa, pendididkan tamatan SD, bertempat tinggal di surabaya, masuk rumah sakit pada tanggal 14 Maret 2015 dengan diagnosis medis BPH GRADE2+LUT.

2) Keluhan utama

Pada pasien Tn. R dan Tn. F mengeluhkan nyeri akut di rasa pada area post operasi TURP.

3) Riwayat kesehatan

1. Pasien pertama

Pada pengkajian riwayat kesehatan pasien pertama pada tanggal 14 maret 2015 diruang bedah didapatkan hasil sebagai berikut, riwayat penyakit sekarang pasien mengatakan sudah nyeri sejak sebulan yang lalu (februari 2015) dan disertai adanya benjolan di area perut kanan bawah, lalu berobat ke RSI Darus syifa` dan di rencanakan untuk dilakukan pembedahan. Setelah dilakukan tindakan pembedahan TURP pada tanggal 14 maret 2015, pasien mengatakan nyeri area perut bawah diatas kemaluan, nyeri tersayat-sayat, nyeri hilang timbul dengan skala nyeri 7. Pada riwayat penyakit dahulu pasien mengatakan tidak pernah mempunyai penyakit menular seperti TBC, Hepatitis, dan penyakit turunan seperti DM dan Hipertensi. Seadngkan Pada riwayat penyakit keluarga pasien mengatakan dikeluarganya tidak ada yang sakit kanker baik orantuanya maupun saudaranya.

2. Pasien kedua

Pada pengkajian riwayat kesehatan pasien kedua pada tanggal 14 maret 2015 diruang bedah didapatkan data sebagai berikut, pada riwayat penyakit sekarang pasien mengatakan sudah nyeri saat kencing dan hanya menetes sejak setahun ini (2014-1015), keluhan semakin berat pasien berobat ke RSI Daru Syifa` dan direncanakan untuk pembedahan TURP. Setelah pembedahan TURP pada tanggal 14 maret

2015, pasien mengatakan nyeri area perut bawah diatas kemaluan, nyeri tersayat-sayat, nyeri hilang timbul dengan skala nyeri 8. Pada riwayat penyakit dahulu pasien mengatakan tidak pernah mengidap penyakit Hipertensi sejak umur 45th lalu sedangkan pada riwayat penyakit keluarga pasien mengatakan penyakit turunan Hipertensi dari keluarganya dan tidak ada anggota keluarganya yang sakit kanker.

4) Pola Kesehatan

a. Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

1. Pasien pertama

Pada pola persepsi dan tata laksana hidup sehat sebelum dirawat di rumah sakit pasien mengatakan sering olah raga di pagi hari dengan jalan santai, dan mandi 2 kali perhari, setiap sakit berobat ke pelayanan kesehatan, pasien lebih suka minum air putih dari pada air bersoda atau minuman beralkohol. Lalu setelah dirawat di rumah sakit pasien mengatakan saat sakit dirinya hanya latihan gerak diatas kamar tidur dan mandi 2 kali perhari dengan diseka sejak setelah operasi karena kesulitan dalam beraktivitas.

2. Pasien kedua

Pada pengkajian pola fungsi kesehatan pada pasien kedua didapatkan data, pada pola persepsi dan tata laksana hidup sehat sebelum dirawat di rumah sakit pasien mengatakan sering olah raga di pagi hari dengan olahraga ringan perenggangan sendi dan mandi 2 kali perhari, setiap sakit berobat ke pelayanan kesehatan, pasien lebih suka

minum air putih dari pada air bersoda atau minuman beralkohol. Lalu setelah dirawat di rumah sakit pasien mengatakan saat sakit dirinya hanya latihan gerak di atas kamar tidur dan mandi 2 kali sehari dengan diseka sejak setelah operasi karena kesulitan dalam beraktivitas.

b. Pola nutrisi dan metabolisme

1. Pasien pertama

Pada pola nutrisi dan metabolisme pasien pertama sebelum dirawat di rumah sakit pasien mengatakan makan tiga kali sehari dengan setiap 1 porsi selalu habis. sesudah dirawat di rumah sakit pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan menu dari RS dengan setiap porsi selalu habis.

Status kesehatan umum menunjukkan keadaan penyakit berat dan akut, kesadaran kompos mentis, suara bicara jelas, pernafasan 20 kali permenit, irama teratur, suhu tubuh 36,6°C, nadi 100 kali permenit, tekanan darah 130/80 MmHg.

2. Pasien kedua

Pada pola nutrisi dan metabolisme pasien kedua sebelum dirawat di rumah sakit pasien mengatakan makan tiga kali sehari dengan setiap 1 porsi selalu habis. sesudah dirawat di rumah sakit pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan menu dari RS dengan setiap porsi selalu habis.

Status kesehatan umum menunjukkan keadaan penyakit berat dan kronis, kesadaran kompos mentis, suara bicara jelas, pernafasan

20 kali permenit, irama teratur, suhu tubuh 36,4°C, nadi 102 kali permenit, tekanan darah 220/90 MmHg.

c. Pola eliminasi

1. Pasien pertama

Pada pola eliminasi ada dua pengkajian eliminasi alvi dan eliminasi uri. Pada pengkajian pasien pertama pada eliminasi alvi sebelum dirawat di rumah sakit pasien mengatakan buang air besar(BAB) setiap hari lancar, konsistensi sedang, warna kuning dengan bau khas. Sesudah dirawat di rumah sakit pasien mengatakan BAB lancar dengan konsistensi sedang(tidak terlalu keras dan tidak terlalu lembek), warna kuning dengan bau khas. Pada pemeriksaan eliminasi uri sebelum dirawat dirumah sakit pasien mengatakan nyeri dan panas saat kencing, terdapat benjolan di area kandung kemih, BAK tidak lancar, warna urine kuning dan bau khas. sesudah dirawat dirumaah dan dilakukan pembedahan sakit pasien mengatakan BAK bercampur darah, terdapat nyeri, Nampak terpasang kateter dan spooling (input : 4000 cc, output 4000 cc), Uri bag berisi urin berwarna merah. Sehingga masalah keperawatan yang muncul nyeri akut dan resiko infeksi.

2. Pasien kedua

Pada pengkajian pasien kedua pada eliminasi alvi sebelum dirawat di rumah sakit pasien mengatakan BAB setiap hari lancar, konsistensi sedang, warna kuning bau khas dan sesudah dirawat

dirumah sakit pasien mengatakan BAB lancar dengan konsistensi sedang(tidak terlalu keras dan tidak terlalu lembek) , wana kuning dengan bau khas. Pada pemeriksaan eliminasi uri sebelum dirawat di rumah sakit pasien mengatakan nyeri dan panas saat kencing, BAK tidak lancar, Kencing menetes, warna urine kuning dan bau khas.sedangkan setelah dirawat di rumah sakit dan sesudah dilakukan tindakan pembedahan pasien mengatakan terdapat nyeri, BAK bercampur darah, nampak terpasang kateter dan spooling (input : 4000 cc, output 4000 cc), uri bag berisi urin berwarna merah. Sehingga masalah keperawatan yang muncul nyeri akut dan resiko infeksi.

d. Pola istirahat dan tidur

1. Pasien pertama

Pada pola istirahat tidur pada pasien pertama ditemukan data sebelum dirawat di rumah sakit pasien mengatakan tidur siang 2 jam dan tidur malam 7 jam sedangkan sesudah dirawat dirumah sakit pasien mengatakan tidur msiang 4 jam dan tidur malam 7 jam.

2. Pasien kedua

Pada pengkajian pola tidur pada pasien kedua didapat data sebelum dirawat di rumah sakit pasien mengatakan tidur siang 2 jam dan tidur malam 4 jam dan setelah dirawat di rumah sakit pasien mengatakan tidur siang 1 jam dan tidur malam 4 jam sering terbangun karena nyeri yang dirasakan. Sehingga muncul masalah masalah keperawatan gangguan pola tidur.

e. Pola aktivitas

1. Pasien pertama

Pada pola aktivitas dan latihan pada pasien pertama ditemukan data sebelum dirawat di rumah sakit pasien mengatakan dapat beraktivitas normal dan setelah dirawat di rumah sakit pasien mengatakan hanya tiduran dikamar tidur dan semua kebutuhannya dibantu keluarga. Sehingga muncul masalah keperawatan Intoleransi aktivitas

2. Pasien kedua

Pada pengkajian pada pola aktivitas dan latihan pada pasien kedua ditemukan data sebelum pasien dirawat di rumah sakit pasien mengatakan dapat beraktivitas normal dan sesudah dirawat di rumah sakit pasien mengatakan hanya tiduran dikamar tidur dan semua kebutuhannya dibantu keluarga. Sehingga muncul masalah keperawatan Intoleransi aktivitas.

f. Pola persepsi dan konsep diri

1. Pasien pertama

Pada pengkajian pola persepsi dan konsep diri pada pasien pertama gambaran dirinya pasien mengungkapkan dirinya seorang kakek yang selalu menasehati anak serta cucunya, tentang harga diri pasien mengatakan meskipun sakit dirinya tetaplah seorang kakek yang dihargai keluarganya. Kemudian peran pasien mengatakan

peranya sebagai panutan anak dan cucunya, selanjutnya untuk identitas diri pasien mengatakan kalau dirinya seorang lelaki tua.

2. Pasien kedua

Pada pengkajian pola persepsi dan konsep diri pada pasien kedua gambaran dirinya pasien mengungkapkan dirinya seorang Orang tua yang selalu menasehati anaknya, tentang harga diri pasien mengatakan meskipun sakit dirinya tetaplah orang tua yang dihormati anak-anaknya. Kemudian pasien mengatakan peranya sebagai panutan anak-anaknya, identitas diri pasien mengatakan kalau dirinya seorang laki-laki dewasa tua.

g. Pola sensori

1. Pasien pertama

Pada pengkajian pola sensori pada pasien pertama ditemukan data sebelum dirawat di rumah sakit pasien mengatakan nyeri tumpul, skala 7 di area kemaluan dan benjolan hernia perut kanan bawah, nyeri hilang timbul dan setelah dirawat di rumah sakit dan dilakukan pembedahan TURP pasien mengatakan nyeri disayat-sayat karena habis operasi, skala nyeri 7 di area kemaluanya, nyeri hilang timbul. Muncul masalah keperawatan nyeri akut.

2. Pasien kedua

Pada pengkajian pola sensori pada pasien kedua ditemukan data sebelum dirawat di rumah sakit pasien mengatakan nyeri tumpul, skala 7 di area kemaluan ,nyeri hilang timbul dan setelah dirawat di

rumah sakit dan dilakukan pembedahan TURP pasien mengatakan nyeri disayat-sayat karena habis operasi, skala nyeri 8 di area kemaluanya, nyeri hilang timbul. Muncul masalah keperawatan nyeri akut.

h. Pola reproduksi

1. Pasien pertama

Pada pengkajian pola reproduksi seksualitas pada pasien pertama ditemukan data ketika dirawat di rumah sakit pasien mengatakan tidak berhubungan seksual saat sakit.

2. Pasien kedua

Pada pengkajian pola reproduksi seksual pada pasien kedua ditemukan data ketika dirawat di rumah sakit pasien mengatakan tidak berhubungan seksual saat sakit.

5) Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

1. Pada pemeriksaan laboratorium yang muncul pada pasien pertama di dapatkan hasil sebagai berikut:

03 Maret 2015

Hemoglobin 14,5 g/dl

Leukosit 4.900/ cmm

Led 40/60 per jam

Trombosit 88.000/ ccm

Erhytrosit 4.57 juta/ccm

Waktu perdarahan 3 menit

Waktu pembekuan 9 menit

Glukosa acak 165

Natrium 136,8 mEq/L

Kalium 3,75 mEq/L

Klorida 108,8 mMoL/L

2. Pada pemeriksaan laboratorium yang muncul pada pasien kedua di dapatkan hasil sebagai berikut:

09 Maret 2015

Hemoglobin 14,5 g/dl

Leukosit 5.200/ccm

Led 10/25 per jam

Trombosit 150.000/ccm

Erhytrosit 4.84 juta/ccm

Waktu perdarahan 2 menit

Waktu pembekuan 9 menit

Glukosa acak 77

SGOT 20 U/I

SGPT 26 U/I

BUN 7,0 mg/dl

Kreatinin 0,63 mg/dl

b. Pemeriksaan radiologi USG

1. Pada pemeriksaan radiologi USG yang muncul pada pasien pertama di dapatkan hasil sebagai berikut:

Tanggal 12 Maret 2015

Kesimpulan : Hypermetropy prostat (vol 65,18 ml)

Prostat ukuran 5,15x 5,00x 4,70 cm

2. Pada pemeriksaan radiologi USG yang muncul pada pasien kedua di dapatkan hasil sebagai berikut:

Tanggal 12 Maret 2015

Kesimpulan : Hypermetropy prostat (vol 62,21 ml)

Prostat ukuran 5,10x 5,06x 4,83 cm

c. Terapi

- 1) Terapi pada pasien pertama sebagai berikut :

1. Inj Ranitidin 2x1 ampul

2. Inj antalgin 3x1 ampul

3. Inj kalnex 2x1 gram

4. Inj ondan sentron 3x4 gram

5. Inj ceftriaxone 2x1 gram

6. Inf NaCl 20tpm

7. Spooling Pizet sampai jernih

2) Terapi pada pasien kedua sebagai berikut :

1. Inj Ranitidin 2x1 ampul
2. Inj antalgin 3x1 ampul
3. Inj kalnex 2x1 gram
4. Inj ondan sentron 3x4 gram
5. Inj ceftriaxone 2x1 gram
6. Inf NaCl 20tpm
7. Spoorring Pizet sampai jernih

6) Daftar Masalah

a. Daftar masalah yang muncul dari pasien pertama sebagai berikut

1. Nyeri akut
2. Resiko infeksi
3. Intoleransi aktivitas

b. Daftar masalah yang muncul dari pasien kedua sebagai berikut

1. Neri akut
2. Resiko infeksi
3. Intoleransi aktivitas
4. Gangguan pola tidur

4.1.2. Analisa Data

Analisa data pada pasien pertama Tn. R / 57 th

Tanggal 14 Maret 2015

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
Ds :Pasien mengatakan nyeri area perut bawah diatas kemaluan, nyeri tersayat-sayat,nyeri hilang timbul DO: K/U lemah GCS456 Observasi TTV Tekanan darah: 130/80 mmHg Nadi: 100 kali per menit Suhu: 36,6 °C Sekala nyeri: 7 pasien tampak nyeringai	TURP ↓ Terputusnya jaringan ↓ Rangsangan syaraf diameter kecil ↓ Gote control terbuka ↓ Nyeri akut	Nyeri akut
Ds : pasien mengatakan nyeri area perut bawah, tidak ada bengkak dan kemerahan. DO: K/U lemah, GCS456 Tekanan darah: 130/80 mmHg Nadi: 100 kali per menit Suhu: 36,6 °C Leukosit 4.900/ccm pasien terpasang Kateter Spooling: Input 4000cc, Output 4000cc (Warna merah) adanya luka post operasi TURP urin tampung warnah merah mudah terpasang infus di tangan kanan	TURP ↓ Luka operasi ↓ Pemasangan kateter dan irigasi kandung kemih ↓ resiko infeksi	Resiko infeksi

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
DS : pasien mengatakan sulit beraktifitas karena merasa nyeri di area post operasi DO: K/U: lemah GCS456 Tekanan darah: 130/80 mmHg Nadi: 100 kali per menit Suhu: 36,6 °C pasien tampak letih Pasien tampak tidak mampu melakukan aktivitas yang biasanya mampu dilaksanakan seperti makan, minum dan mandi	TURP ↓ Terputusnya jaringan ↓ Rangsangan syaraf diameter kecil ↓ Gote control terbuka ↓ Nyeri akut ↓ Kesulitan beraktivitas	Intoleransi aktivitas

Analisa data pada pasien kedua Tn. F / 53th

Tanggal 14 Maret 2015

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
DS: Pasien mengatakan nyeri area perut bawah diatas kemaluan, nyeri tersayat-sayat, nyeri hilang timbul DO: K/U lemah, GCS456 Observasi TTV Tekanan darah: 200/90 mmHg Nadi: 102 kali per menit Suhu: 36,4 °C Sekala nyeri: 8 Pasien tampak nyeringai Tidur 5 Jam per hari Pasien terpasang Kateter	TURP ↓ Terputusnya jaringan ↓ Rangsangan syaraf diameter kecil ↓ Gote control terbuka ↓ Nyeri akut	Nyeri Akut

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
DS: pasien mengatakan nyeri area perut bawah, tidak ada bengkak dan kemerahan. DO: K/U lemah GCS456 Observasi TTV Tekanan darah: 200/90 mmHg Nadi: 102 kali per menit Suhu: 36,4 °C Leukosit 5.200 Pasien terpasang Kateter Spooling: Input 4000cc, Output 4000cc (Warna merah) adanya luka post operasi TURP urin tampung warnah merah mudah Terpasang infus di tangan kanan	TURP ↓ Luka operasi ↓ Pemasangan kateter dan irigasi kandung kemih ↓ resiko infeksi	Resiko Infeksi
DS: pasien mengatakan sulit beraktifitas karena merasa nyeri diarea post operasi DO: K/U: lemah GCS456 Tekanan darah: 200/90 Mmhg Nadi: 102 kali per menit Suhu: 36,4 °C Pasien tampak letih Pasien tampak tidak mampu melakukan aktiv itas yang biasanya mampu dilaksanakan seperti makan, minum dan mandi	TURP ↓ Terputusnya jaringan ↓ Rangsangan syaraf diameter kecil ↓ Gote control terbuka ↓ Nyeri akut ↓ Kesulitan beraktivitas	Intoleransi Aktivitas

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
DS: pasien mengatakan tidur siang 1 jam dan tidur malam 4 jam sering terbangun karena nyeri yang dirasakan DO: K/U: lemah GCS456 Tekanan darah: 200/90 MmHg Nadi: 102 kali per menit Suhu: 36,4 °C Tampak lingkaran hitam disekitar mata dan klieen tampak lesu	TURP ↓ Terputusnya jaringan ↓ Rangsangan syaraf diameter kecil ↓ Gote control terbuka ↓ Nyeri akut ↓ Kesulitan tidur ↓ Gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur

4.1.3. Intervensi Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang muncul pada Tn. R / 57th sebagai berikut :

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	INTERVENSI (NIC)	RASIONAL
Nyeri akut berhubungan dengan luka post operasi NOC Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang atau hilang. Kriteria hasil: 1. Mampu mengontrol nyeri 2. Mampu mengenali nyeri 3. Melaporkan bahwa nyeri berkurang 4. Mampu mengenali nyeri 5. Menyatakan rasa nyaman 6. Tanda-tanda vital dan batas normal	1. Pengkajian nyeri secara komprehensif (lokasi, skala, kualitas, waktu) setiap 8 jam 2. Monitor tanda-tanda vital setiap 8 jam sekali 3. Ajarkan teknik non farmakologi distraksi dan relaksasi (pengalihan perhatian dan tarik nafas panjang) setiap nyeri muncul 4. Berikan informasi tentang pemasangan kateter, drynase 5. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi analgesic melalui IV Inj antalgin 3x1 ampul Inj kalnex 2x1 gram	1. Menentukan tingkat nyeri pasien dan tindakan selanjutnya yang akan dilakukan 2. Perubahan tanda-tanda vital merupakan efek dari nyeri 3. Distraksi dan relaksasi dapat membantu pasien mengontrol nyeri 4. Tujuan pemasangan kateter mencegah terjadinya pembekuan darah di area uretra 5. Terapi analgesic dapat mengurangi rasa nyeri yang muncul

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	INTERVENSI(NIC)	RASIONAL
Resiko infeksi berhubungan dengan luka operasi, kateter dan irigasi kandung kemih NOC Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi. Kriteria hasil: 1. Pasien bebas dari tanda-tanda infeksi (kolor,dolor,rubor,tumor) 2. Menunjukkan kemampuan mencegah timbulnya infeksi 3. Jumlah leukosit dalam batas normal <1300 4. Menunjukkan perilaku hidup sehat	1) Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan 2) Pertahankan area aseptik 3) Monitor tanda dan gejala infeksi (nyeri, kemerahan, edema, peningkatan suhu tubuh) 4) Ajarkan kepada pasien tanda-tanda infeksi 5) Kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotic melalui IV Inj ceftriaxone 2x1 gram	1. Mencegah terjadinya infeksi nosokomia 2. Area aseptik mencegah kuman dan bakteri berkembang biak 3. Mengetahui sejak awal bila terjadi infeksi 4. Pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi sehingga mampu melapor bila muncul tanda dan gejala infeksi 5. Antibiotic mencegah proses infeksi

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	INTERVENSI(NIC)	RASIONAL
Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan adanya ketidaknyamanan nyeri, ditandai dengan wajah tampak menyeringai ketika beraktivitas NOC Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mampu beraktivitas kembali. Kriteria hasil: 1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR 2. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari 3. Tanda-tanda vital normal. 4. Level kelemahan 5. Mampu berpindah : dengan atau tanpa bantu alat	1. Observasi skala aktivitas pasien 2. Bantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 3. Anjurkan pasien meminta tolong kepada keluarga atau perawat apabila pasien membutuhkan bantuan dalam memenuhi kebutuhannya 4. Bantu pasien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang 5. Kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medic dalam merencanakan program terapi yang tepat	1. Untuk menentukan tingkat ketidakmampuan pasien dalam beraktifitas 2. Untuk menentukan aktivitas yang mampu dilakukan pasien 3. Memberikan bantuan sesuai dengan kebutuhan beraktivitasnya 4. Jadwal latihan dibuat untuk mendisiplinkan pasien 5. Terapi yang tepat akan mempercepat pemulihan

--	--	--

Intervensi keperawatan yang muncul pada Tn. F / 53th sebagai berikut :

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	INTERVENSI (NIC)	RASIONAL
Nyeri akut berhubungan dengan luka post operasi NOC Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang atau hilang. Kriteria hasil: 1. Mampu mengontrol nyeri 2. Mampu mengenali nyeri 3. Melaporkan bahwa nyeri berkurang 4. Menyatakan rasa nyaman 5. Tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah 120/80, suhu 36°C, nadi 100x/menit, respirasi 20x/menit)	1. Pengkajian nyeri secara komprehensif (lokasi, skala, kualitas, waktu) setiap 8 jam 2. Monitor tanda-tanda vital setiap 8 jam sekali 3. Ajarkan teknik non farmakologi distraksi dan relaksasi (pengalihan perhatian dan tarik nafas panjang) setiap nyeri muncul 4. Berikan informasi tentang pemasangan kateter, drynase dan spasme kandung kemih 5. Kolaborasi dengandokter dalam pemberian terapi analgesic melalui IV Inj antalgin 3x1 ampul	1. Menentukan tingkat nyeri pasien dan tindakan selanjutnya yang akan dilakukan 2. Perubahan tanda-tanda vital merupakan efek dari nyeri 3. Distraksi dan relaksasi dapat membantu pasien mengontrol nyeri 4. Tujuan pemasangan kateter mencegah terjadinya pembekuan darah diarea uretra 5. Terapi analgesic dapat mengurangi rasa nyeri yang muncul

	Inj kalnex 2x1 gram	
DIAGNOSIS KEPERAWATAN	INTERVENSI(NIC)	RASIONAL
Resiko infeksi berhubungan dengan luka operasi, kateter dan irigasi kandung kemih NOC Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi. Kriteria hasil: 1. Pasien bebas dari tanda-tanda infeksi 2. Menunjukkan kemampuan mencegah timbulnya infeksi 3. Jumlah leukosit dalam batas normal 4. Menunjukkan perilaku hidup sehat	1. Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan 2. Pertahankan lingkungan aseptik 3. Monitor tanda dan gejala infeksi (nyeri, kemerahan, edema, peningkatan suhu tubuh) 4. Ajarkan kepada pasien tanda-tanda infeksi 5. Kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotic melalui IV Inj ceftriaxone 2x1 gram	1. Mencegah terjadinya infeksi nosokomia 2. Lingkungan aseptik mencegah kuman dan bakteri berkembang biak 3. Mengetahui sejak awal bila terjadi infeksi 4. Pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi sehingga mampu melapor bila muncul tanda dan gejala infeksi 5. Antibiotic mencegah proses infeksi

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	INTERVENSI(NIC)	RASIONAL
Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan adanya ketidaknyamanan nyeri, ditandai dengan wajah tampak menyeringai ketika beraktivitas NOC Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mampu beraktivitas Kriteria hasil: 1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR 2. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari 3. Tanda-tanda vital normal. 4. Level kelemahan 5. Mampu berpindah : dengan atau tanpa bantu alat	1. Observasi skala aktivitas pasien 2. Bantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 3. Anjurkan pasien meminta tolong kepada keluarga atau perawat apabila pasien membutuhkan bantuan dalam memenuhi kebutuhannya 4. Bantu pasien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang 5. Kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medic dalam merencanakan program terapi yang tepat	1. Untuk menentukan tingkat ketidakmampuan pasien dalam beraktivitas 2. Untuk menentukan aktivitas yang mampu dilakukan pasien 3. Memberikan bantuan sesuai dengan kebutuhan beraktivitasnya 4. Jadwal latihan dibuat untuk mendisiplinkan pasien 5. Terapi yang tepat akan mempercepat pemulihan

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	INTERVENSI(NIC)	RASIONAL
Gangguan pola tidur berhubungan dengan adanya nyeri pada area post operasi ditandai dengan pasien tampak letih NOC Tujuan Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tidur nyenyak. Kriteria hasil: 1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 6-8 jam/hari 2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal 3. Peraan segar sesudah tidur atau istirahat 4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur	1. Identifikasi penyulit tidur 2. Monitor kebutuhan tidur pasien setiap hari 3. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat 4. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca) 5. Ciptakan lingkungan yang nyaman	1. Mengetahui problem tidur dan menentukan tindakan selanjutnya 2. Mengetahui lama tidur pasien 3. Pasien faham pentingnya tidur 4. Meningkatkan rasa ngantuk pasien 5. Lingkungan yang nyaman membantu pasien terlelap

4.1.4. Implementasi Keperawatan

DIAGNOSIS KEPERAWATAN	KASUS 1					
	14 MARET 2015		15 MARET 2015		16 MARET 2015	
	Implementasi		Implementasi		Implementasi	
NYERI AKUT	18.00	Mengkaji nyeri secara komprehensif	18.00	Mengkaji nyeri secara komprehensif	18.00	Mengkaji nyeri secara komprehensif
	18.05	Monitor tanda-tanda vital	18.05	Monitor tanda-tanda vital	18.05	Monitor tanda-tanda vital
	18.10	Menganjurkan pasien teknik relaksasi	18.10	Menganjurkan pasien teknik relaksasi	18.10	Menganjurkan pasien teknik relaksasi
	20.45	Pemberian terapi Inj. antalgin 3x1 ampul Inj. Kalnex 2x1 gram	20.45	Pemberian terapi Inj. antalgin 3x1 ampul Inj. Kalnex 2x1 gram		Pemberian terapi Inj. antalgin 3x1 ampul Inj. Kalnex 2x1 gram
RESIKO INFEKSI	17.45	Mencuci tangan sebelum tindakan	17.45	Mencuci tangan sebelum tindakan	17.45	Mencuci tangan sebelum tindakan
	17.50	Mempertahankan area aseptik	17.50	Mempertahankan area aseptik	17.50	Mempertahankan area aseptik
	17.55	Memonitor tanda-tanda infeksi	17.55	Memonitor tanda-tanda infeksi	17.55	Memonitor tanda-tanda infeksi

	17. 57	Mengajarkan tanda-tanda infeksi	17. 57	Mengajarkan tanda-tanda infeksi	17. 57	Mengajarkan tanda-tanda infeksi
	20. 45	Pemberian terapi Inj ceftriaxone 2x1 gram	20. 45	Pemberian terapi Inj ceftriaxone 2x1 gram	20. 45	Pemberian terapi Inj ceftriaxone 2x1 gram
INTOLERANSI AKTIVITAS	18. 10	Mengobservasi skala aktivitas	18. 10	Mengobservasi skala aktivitas	18. 10	Mengobservasi skala aktivitas
	18. 15	Mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan	18. 15	Mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan	18. 15	Mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
	18. 20	Menganjurkan meminta tolong dalam memenuhi kebutuhan	18. 20	Menganjurkan meminta tolong dalam memenuhi kebutuhan	18. 20	Menganjurkan meminta tolong dalam memenuhi kebutuhan
DIAGNOSIS KEPERAWATAN	KASUS 2					
	14 MARET 2015		15 MARET 2015		16 MARET 2015	
	Implementasi		Implementasi		Implementasi	
NYERI AKUT	18. 00	Mengkaji nyeri secara komprehensif	18. 00	Mengkaji nyeri secara komprehensif	18. 00	Mengkaji nyeri secara komprehensif
	18. 05	Monitor tanda-tanda vital	18. 05	Monitor tanda-tanda vital	18. 05	Monitor tanda-tanda vital
	18. 10	Menganjurkan pasien teknik relaksasi	18. 10	Menganjurkan pasien teknik relaksasi	18. 10	Menganjurkan pasien teknik relaksasi
	20.	Pemberian terapi	20.	Pemberian terapi	20.	Pemberian terapi

	45	Inj.antalgin 3x1 ampul Inj. Kalnex 2x1 gram	45	Inj.antalgin 3x1 ampul Inj. Kalnex 2x1 gram	45	Inj.antalgin 3x1 ampul Inj. Kalnex 2x1 gram
RESIKO INFEKSI	17. 45	Mencuci tangan sebelum tindakan	17. 45	Mencuci tangan sebelum tindakan	17. 45	Mencuci tangan sebelum tindakan
	17. 50	Mempertahanka n area aseptik	17. 50	Mempertahankan area aseptik	17. 50	Mempertahankan area aseptik
	17. 55	Mempertahanka n area aseptik	17. 55	Mempertahankan area aseptik	17. 55	Mempertahankan area aseptik
	20. 45	Pemberian terapi Inj ceftriaxone 2X1 gram	20. 45	Pemberian terapi Inj ceftriaxone 2X1 gram	20. 45	Pemberian terapi Inj ceftriaxone 2X1 gram
INTOLERANSI AKTIVITAS	18. 10	Mengobservasi skala aktivitas	18. 10	Mengobservasi skala aktivitas	18. 10	Mengobservasi skala aktivitas
	18. 15	Mengidentivikas i aktivitas yang mampu dilakukan	18. 15	Mengidentivikasi aktivitas yang mampu dilakukan	18. 15	Mengidentivikasi aktivitas yang mampu dilakukan
	18. 20	Menganjurkan meminta tolong dalam memenuhi kebutuhan	18. 20	Menganjurkan meminta tolong dalam memenuhi kebutuhan	18, 20	Menganjurkan meminta tolong dalam memenuhi kebutuhan

GANGGUAN POLA TIDUR	18. 25	Mengidentifikasi penyulit tidur	18. 25	Mengidentifikasi penyulit tidur	18. 25	Mengidentifikasi penyulit tidur
	18. 30	Memonitor kebutuhan tidur	18. 30	Memonitor kebutuhan tidur	18. 30	Memonitor kebutuhan tidur
	18. 35	Menjelaskan pentingnya tidur	18. 35	Menjelaskan pentingnya tidur	18. 35	Menjelaskan pentingnya tidur
	18. 40	Memfasilitasi aktivitas sebelum tidur	18. 40	Memfasilitasi aktivitas sebelum tidur	18. 40	Memfasilitasi aktivitas sebelum tidur
	18. 45	Menciptakan lingkungan yang nyaman	18. 45	Menciptakan lingkungan yang nyaman	18. 45	Menciptakan lingkungan yang nyaman

4.1.5. Evaluasi Keperawatan

DX	HARI 1	HARI 2	HARI 3
KASUS 1			
Nyeri akut	DS: Pasien mengatakan nyeri area perut bawah diatas kemaluan, nyeri tersayat-sayat, nyeri hilang timbul	DS: Pasien mengatakan nyeri berkurang, Skala nyeri: 5	DS: Pasien mengatakan nyeri berkurang, Skala nyeri: 3
	DO: K/U lemah GCS456 Observasi TTV Tekanan darah: 130/80 MmHg Nadi: 100 kali per menit Suhu: 36,6 °C RR: 20 kali permenit Sekala nyeri: 7 Pasien tampak nyeringai A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan	DO: K/U baik GCS456 Observasi TTV Tekanan darah : 110/70 mmhg Suhu : 36°C Nadi : 86 kali permenit RR : 20 kali permenit Pasien tampak segar bugar A : masalah teratasi sebagian P :intervensi dilanjutkan	DO: K/U baik GCS456 Observasi TTV Tekanan darah : 120/80 mmhg Suhu : 36,4°C Nadi : 82 kali permenit RR : 20 kali permenit Pasien tampak segar bugar A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dihentikan

DX	HARI 1	HARI 2	HARI 3
KASUS 1			
Resiko infeksi	DS: Pasien mengatakan nyeri area perut bawah diatas kemaluan, nyeri tersayat-sayat, nyeri hilang timbul	DS: Pasien mengatakan nyeri berkurang	DS: Pasien mengatakan nyeri berkurang
	DO: K/U lemah GCS456 Observasi TTV Tekanan darah: 130/80 Mmhg Nadi: 100 kali per menit Suhu: 36,6 °C Leukosit 4.900/ ccm Pasien terpasang Kateter Spooling: Input 4000cc, Output 4000cc (Warna merah) adanya luka post operasi TURP A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan	DO: K/U baik GCS 456 Observasi TTV Tekanan darah : 110/70 mmhg Suhu : 36°C Nadi : 86 kali permenit Pernafasan : 20 kali permenit Tanda-tanda infeksi tidak muncul Pasien terpasang Kateter Spooling: Input 2000cc, Output 2500cc (Warna kuning jernih) adanya luka post operasi TURP A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan	DO: K/U baik GCS 456 Observasi TTV Tekanan darah : 120/80 mmhg Suhu : 36,4°C Nadi : 82 kali permenit Pernafasan : 20 kali permenit Tanda-tanda infeksi tidak muncul Pasien terpasang Kateter Spooling: Input 2000cc, Output 2500cc (Warna kuning jernih) adanya luka post operasi TURP A: masalah teratasi P: intervensi dihentikan

DX	HARI 1	HARI 2	HARI 3
KASUS 1			
Intoleransi aktivitas	DS : Pasien mengatakan sulit beraktifitas karena merasa nyeri diarea post operasi	DS : Pasien mengatakan sudah dapat beraktivitas dengan normal seperti makan dan minum dengan terkadang dibantu oranlain	DS : Pasien mengatakan sudah dapat beraktivitas dengan normal seperti makan, minum tanpa dibantu oranlain
	DO : K/U: lemah GCS456 Tekanan darah: 130/80 Mmhg Nadi: 100 kali per menit Suhu: 36,6 °C Pasien tampak letih A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan	DO: K/U baik GCS 456 Observasi TTV Tekanan darah : 110/70 mmhg Suhu : 36°C Nadi : 86 kali permenit Pernafasan : 20 kali permenit Pasien tampak segaar bugar A: masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	DO: K/U baik GCS 456 Observasi TTV Tekanan darah : 120/80 mmhg Suhu : 36,4°C Nadi : 82 kali permenit Pernafasan : 20 kali permenit Pasien tampak segaar bugar A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan

DX	HARI 1	HARI 2	HARI 3
KASUS 2			
Nyeri akut	DS: Pasien mengatakan nyeri area perut bawah diatas kemaluan, nyeri tersayat-sayat, nyeri hilang timbul	DS: Pasien mengatakan nyeri berkurang, Skala nyeri: 5	DS: Pasien mengatakan nyeri berkurang, Skala nyeri: 2
	DO: K/U lemah GCS456 Observasi TTV Tekanan darah: 200/90 MmHg Nadi: 102 kali per menit Suhu: 36,4 °C Sekala nyeri: 8 Pasien tampak nyeringai Pasien terpasang Kateter A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjud	DO: K/U baik GCS456 Observasi TTV Tekanan darah : 120/80 mmhg Suhu : 36°C Nadi : 72 kali permenit Pernafasan : 20 kali Pasien terpasang Kateter A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjud	DO: K/U baik GCS456 Observasi TTV Tekanan darah : 130/80 mmhg Suhu : 36,4°C Nadi : 82 kali/menit Pernafasan : 20 kali/menit Pasien tampak segar bugar Pasien terpasang Kateter A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dihentikan

DX	HARI 1	HARI 2	HARI 3
KASUS 2			
Resiko infeksi	DS: Pasien mengatakan nyeri area perut bawah diatas kemaluan, nyeri tersayat-sayat,nyeri hilang timbul	DS: Pasien mengatakan nyeri berkurang	DS: Pasien mengatakan nyeri berkurang
	DO: K/U lemah GCS456 Observasi TTV Tekanan darah: 200/90 MmHg Nadi: 102 kali per menit Suhu: 36,4 °C Leukosit 5.200/ ccm Pasien terpasang Kateter Spooling: Input 4000cc, Output 4000cc (Warna merah) adanya luka post operasi TURP A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan	DO: K/U baik GCS 456 Observasi TTV Tekanan darah : 120/80 mmhg Suhu : 36°C Nadi : 72 kali permenit Pernafasan : 20 kali Tanda-tanda infeksi tidak muncul Terpasang kateter Spooling: Input 2000cc, Output 2500cc (Warna kuning jernih) adanya luka post operasi TURP A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan	DO: K/U baik GCS 456 Observasi TTV Tekanan darah : 130/80 mmhg Suhu : 36,4°C Nadi : 82 kali/menit Pernafasan : 20 kali/menit Tanda-tanda infeksi tidak muncul Terpasang kateter Spooling: Input 2000cc, Output 2500cc (Warna kuning jernih) adanya luka post operasi TURP A: masalah teratasi P: intervensi dihentikan

DX	HARI 1	HARI 2	HARI 3
KASUS 2			
Intoleransi aktivitas	DS: Pasien mengatakan sulit beraktifitas karena merasa nyeri diarea post operasi	DS: Pasien mengatakan sudah dapat beraktivitas dengan normal seperti makan dan minum dengan terkadang dibantu oranlain	DS : Pasien mengatakan sudah dapat beraktivitas dengan normal seperti makan, minum tanpa dibantu oranlain
	DO: K/U: lemah GCS456 Tekanan darah: 200/90 Mmhg Nadi: 102 kali per menit Suhu: 36,4 °C Pasien tampak letih A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan	DO: K/U baik GCS 456 Observasi TTV Tekanan darah : 120/80 mmhg Suhu : 36°C Nadi : 72 kali permenit Pernafasan : 20 kali Pasien tampak segaar bugar A masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	DO: K/U baik GCS 456 Observasi TTV Tekanan darah : 130/80 mmhg Suhu : 36,4°C Nadi : 82 kali/menit Pernafasan : 20 kali/menit Pasien tampak segaar bugar A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan

DX	HARI 1	HARI 2	HARI 3
KASUS 2			
DX 4	DS: pasien mengatakan tidur siang 1 jam dan tidur malam 4 jam sering terbangun karena nyeri yang dirasakan	DO : pasien mengatakan dapat tidur pulas karena nyeri sudah berkurang, lama tidur kira-kira 8 jam perhari	DO : pasien mengatakan dapat tidur pulas karena nyeri sudah berkurang, lama tidur kira-kira 10 jam perhari
	DO: K/U: lemah GCS456 Tekanan darah: 200/90 Mmhg Nadi: 102 kali per menit Suhu: 36,4 °C Terdapat lingkaran hitam disekitar mata dan pasien tampak lesuh A:masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan	DO: K/U baik GCS 456 Observasi TTV Tekanan darah : 120/80 mmhg Suhu : 36°C Nadi : 72 kali permenit Pernafasan : 20 kali Pasien tampak segaar bugar Tidak tampak lingkaran hitam sekitar mata A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan	DO: K/U baik GCS 456 Observasi TTV Tekanan darah : 130/80 mmhg Suhu : 36,4°C Nadi : 82 kali/menit Pernafasan : 20 kali/menit Pasien tampak segaar bugar Tidak tampak lingkaran hitam sekitar mata A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan

4.2. Pembahasan

Setelah mempelajari teori dan melaksanakan asuhan keperawatan pasien pada post operasi TURP di RSI Darus Ssyfa` Surabaya maka dalam bab ini penulis akan mengungkapkan kesenjangan-kesenjangan yang diuraikan sesuai dengan langkah-langkah dalam proses keperawatan.

4.2.1. Pengkajian

Pada pengkajian pola eliminasi urin pada tinjauan kasus pertama (Tn.R) dan tinjauan kasus kedua (Tn.F) tidak ditemukan retensi urin karena sumbatan bekuan darah pada kateter, sedangkan pada pengkajian pola eliminasi uri pada tinjauan teory ditemukan adanya retensi urin pada selang kateter yang dikarenakan adanya bekuan darah (Amin dan Hardhi, 2013). Maka terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus dengan tinjauan teori yang mana pada tinjauan kasus pertama maupun tinjauan kasus yang kedua setelah dilakukan tindakan operasi, pasien dipasang kateter dan dilakukan intervensi drainase pada area post operasi dengan NaCl 1000 cc, sehingga tidak terjadi bekuan darah.

Dalam pengkajian pola istirahat tidur pada tinjauan kasus satu pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pada waktu tidur sedangkan pada tinjauan kasus kedua pasien mengatakan mengalami gangguan pada waktu tidur sehingga ditemukan gangguan pola tidur. Pada pengkajian tinjauan teori pola istirahat dan tidur tidak ditemukan gangguan pola tidur (Amin dan Hardhi, 2013). Maka terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus kedua dengan tinjauan teori karena oleh

karena pasien pertama mampu beradaptasi dengan nyeri sedangkan pasien kedua belum bisa beradaptasi dengan nyeri dikarenakan tingkat respon nyeri terhadap manajemen nyeri setiap pasien berbeda-beda satu sama lain.

Dalam pengkajian pola aktifitas dan latihan pada tinjauan kasus pertama dan kedua mengalami gangguan dalam beraktivitas, namun dalam tinjauan kasus tidak ditemukan adanya masalah yang muncul (Amin dan Hardhi, 2013). Maka terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus pertama maupun kedua dengan tinjauan teori yang mana pada tinjauan kasus pertama maupun kasus kedua oleh karena rasa nyeri yang membuat pasien kesulitan beraktivitas yang disebabkan tidak berhasilnya pasien dalam beradaptasi dengan nyeri.

Dalam tinjauan teori juga dijelaskan munculnya masalah nyeri akut pada pasien post operasi TURP (Amin dan Hardhi, 2013). Maka terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus pertama dan tinjauan kasus yang kedua, yang mana pada tinjauan kasus pertama skala nyeri 7 dan pada tinjauan kasus yang kedua skala nyeri 8, munculnya perbedaan skala nyeri bisa diakibatkan perbedaan tingkat kenyamanan seseorang yang berbeda-beda, namun tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus pertama maupun kedua dengan tinjauan teori.

4.2.2. Analisa data

Pada tinjauan kasus pertama post operasi ditemukan masalah keperawatan sebagai berikut :

1. Nyeri akut

Didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri area perut bawah diatas kemaluan, nyeri tersayat-sayat, nyeri hilang timbul dan data obyektif K/U lemah GCS 456, observasi tanda tanda vital, tekanan darah 130/80 MmHg, nadi 100 kali per menit, suhu 36,6 °C, skala nyeri 7, pasien tampak nyeringai, Tidur 11 jam/ hari

2. Resiko infeksi

Didapatkan data subyektif pasien mengatakan nyeri area perut bawah diatas kemaluan, nyeri tersayat-sayat, nyeri hilang timbul dan data obyektif K/U lemah, GCS456, observasi TTV, tekanan darah 130/80 MmHg, nadi 100 kali per menit, suhu 36,6 °C, leukosit 4.900, pasien terpasang kateter, spooling: input 4000cc, output 4000cc (warna merah), adanya luka post operasi TURP, urin tampung warnah merah mudah.

3. Intoleransi aktivitas

Didapatkan data subyektif pasien mengatakan sulit beraktifitas karena merasa nyeri diarea post operasi dan data obyektif K/U lemah, GCS456 , Tekanan darah 130/80 MmHg, Nadi 100 kali per menit, Suhu: 36,6 °C, pasien tampak letih.

Pada tinjauan kasus kedua post operasi ditemukan masalah keperawatan sebagai berikut :

1. Nyeri akut

Didapat data subyektif pasien mengatakan nyeri area perut bawah diatas kemaluan, nyeri tersayat-sayat, nyeri hilang timbul dan data obyektif K/U lemah, GCS 456, Observasi TTV, tekanan darah 200/90 MmHg, nadi 102 kali permenit, suhu 36,4 °C, skala nyeri: 8, pasien tampak nyeringai, tidur 5 Jam per hari, pasien terpasang Kateter

2. Resiko infeksi

Didapat data subyektif pasien mengatakan nyeri area perut bawah diatas kemaluan, nyeri tersayat-sayat, nyeri hilang timbul dan data obyektif, K/U lemah, GCS456, observasi TTV, tekanan darah 200/90 MmHg, nadi 102 kali permenit, suhu 36,4 °C, leukosit 5.200, pasien terpasang Kateter, spooling Input 4000cc, output 4000cc (Warna merah), adanya luka post operasi TURP, urin tampung warnah merah mudah

3. Intoleransi aktivitas

Didapat data subyektif pasien mengatakan sulit beraktifitas karena merasa nyeri diarea post operasi dan data obyektif, K/U lemah, GCS456, tekanan darah 200/90 MmHg, nadi: 102 kali per menit, suhu: 36,4 °C, pasien tampak letih.

4. Gangguan pemenuhan istirahat dan tidur

Didapatkan data subyektif pasien mengatakan tidur siang 1 jam dan tidur malam 4 jam sering terbangun karena nyeri yang dirasakan dan data obyektif, K/U: lemah, GCS456, tekanan darah: 200/90 MmHg, nadi: 102 kali per menit, suhu: 36,4 °C, terdapat lingkaran hitam disekitar mata dan klien tampak lesu.

Analisa data pada tinjauan teori post operasi juga merupakan kasus semu dan data yang kurang valid. Pada tinjauan teori ditemukan masalah keperawatan berdasarkan NANDA, 2013. sebagai berikut :

a. Nyeri akut

Ditemukan pada pengkajian pola sensori, muncul karena adanya luka post operasi TURP.

b. Resiko infeksi

Masalah keperawatan ini muncul karena mencegah terjadinya infeksi karena adanya bekas luka post operasi.

c. Retensi urine

Ditemukan pada pengkajian eliminasi urin, muncul karena adanya bekuan darah pada selang kateter.

d. Resiko kekurangan volume cairan dan

Masalah keperawatan ini muncul karena mencegah terjadinya kekurangan volume cairan karena syok hypovolemi karena perdarahan post operasi

Maka terjadi kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus yang mana pada tinjauan kasus masalah-masalah yang muncul tidak selalu sama dengan tinjauan teori karena masalah yang muncul di tinjauan kasus dirumuskan dari hasil pengkajian sehingga didapatkan data subyektif dan obyektif untuk mengangkat suatu masalah keperawatan.

4.2.3. Diagnosis keperawatan

Dalam tinjauan teori diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien post operasi TURP berdasarkan (Amin dan Hardhi, 2013) adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan luka operasi
2. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan sebagai efek skunder dari prosedur pembedahan
3. Retensi urine berhubungan dengan obstruksi mekanik ; bekuan darah, edema dan trauma
4. Resiko kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan perdarahan

Namun, tidak semua diagnosis muncul dalam tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus pertama post operasi ditemukan diagnosis keperawatan berdasarkan pengkajian dan analisa data sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan adanya luka post operasi

2. Resiko infeksi berhubungan dengan luka operasi, kateter, dan irigasikandung kemih
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan gangguan ketidaknyamanan nyeri

Sedangkan pada tinjauan kasus kedua post operasi ditemukan diagnosis keperawatan berdasarkan pengkajian dan analisa data sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan adanya luka post operasi
2. Resiko infeksi berhubungan dengan luka operasi, kateter, dan irigasikandung kemih
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan gangguan ketidaknyamanan nyeri.
4. Gangguan pemenuhan istirahat dan tidur berhubungan dengan nyeri

Maka terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus pertama dan tinjauan kasus yang kedua yang mana tingkat kenyamanan setiap pasien berbeda-beda sehingga rasa nyeri tersebut mampu mengganggu pola tidur pasien, aktivitas pasien dan resiko infeksi sehingga memunculkan diagnosis yang tidak sesuai dengan tinjauan teori.

4.2.4. Perencanaan keperawatan

Setelah menentukan masalah pada tinjauan kasus, maka penulis membuat perencanaan yang mana perencanaan disusun berdasarkan standart oprasional prosedur(SOP) RSI Darus Syfa' dan dengan bantuan keluarga pasien. Pada tinjauan teori ditemukan empat perencanaan yang dibuat berdasarkan diagnosis keperawatan NANDA, 2013 yaitu nyeri akut berhubungan dengan luka operasi, resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan sebagai efek skunder dari prosedur pembedahan, retensi urine berhubungan dengan obstruksi mekanik ; bekuan darah, edema dan trauma, resiko kekurangan volume cairan dan elektrolit berhubungan dengan perdarahan.

Pada tinjauan kasus yang pertama ditemukan tiga diagnosis yaitu diagnosis yang pertama nyeri akut berhubungan dengan adanya luka post operasi dengan 5 perencanaan dimana tidak terjadi kesenjangan dengan tinjauan teori yaitu pengkajian nyeri secara komprehensif (lokasi, skala,kualitas, waktu) setiap 8 jam, monitor tanda-tanda vital setiap 8 jam sekali ajarkan teknik non farmakologi distraksi dan relaksasi (pengalihan perhatian dan tarik nafas panjang) setiap nyeri muncul, berikan informasi tentang pemasangan kateter, drynase, kolaborasi dengandokter dalam pemberian terapi analgesic (inj antalgin 3x1 ampul dan inj kalnex 2x1 gram). Diagnosis yang kedua resiko infeksi berhubungan dengan luka operasi, kateter, dan irigasikandung kemih dengan 5 perencanaan dimana tidak terjadi

kesenjangan dengan tinjauan teori yaitu cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan, memertahankan area aseptik, monitor tanda dan gejala infeksi (nyeri, kemerahan, edema, peningkatan suhu tubuh) setiap 8 jam, mengajarkan kepada pasien tanda-tanda infeksi, kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotic(inj ceftriaxone 2x1 gram). Diagnosis ketiga tidak sesuai dengan tinjauan teori yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan gangguan ketidaknyamanan nyeri dengan 5 perencanaan dimana terjadi kesenjangan oleh karena diagnosis yang muncul berbeda dengan diagnosis teori, adapun perencanaanya yaitu observasi skala aktivitas pasien, bantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan, anjurkan pasien meminta tolong kepada keluarga atau perawat apabila pasien membutuhkan bantuan dalam memenuhi kebutuhannya, bantu pasien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang, kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medic dalam merencanakan program terapi yang tepat.

Pada tinjauan kasus yang kedua ditemukan tiga diagnosis yaitu diagnosis yang pertama nyeri akut berhubungan dengan adanya luka post operasi dengan 5 perencanaan dimana tidak terjadi kesenjangan dengan tinjauan teori yaitu pengkajian nyeri secara komprehensif (lokasi, skala,kualitas, waktu) setiap 8 jam, monitor tanda-tanda vital setiap 8 jam sekali ajarkan teknik non farmakologi distraksi dan relaksasi (pengalihan perhatian dan tarik nafas panjang) setiap nyeri muncul, berikan informasi tentang pemasangan kateter, drynase, kolaborasi dengandokter dalam pemberian terapi analgesic (inj antalgin 3x1 ampul dan inj kalnex 2x1 gram).

Diagnosis yang kedua resiko infeksi berhubungan dengan luka operasi, kateter, dan irigasikandung kemih dengan 5 perencanaan dimana tidak terjadi kesenjangan dengan tinjauan teori yaitu cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan, mempertahankan area aseptik, monitor tanda dan gejala infeksi (nyeri, kemerahan, edema, peningkatan suhu tubuh) setiap 8 jam, mengajarkan kepada pasien tanda-tanda infeksi, kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotic(inj ceftriaxone 2x1 gram). Diagnosis ketiga tidak sesuai dengan tinjauan teori yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan gangguan ketidaknyamanan nyeri dengan 5 perencanaan dimana terjadi kesenjangan oleh karena diagnosis yang muncul berbeda dengan diagnosis teori, adapun perencanaanya yaitu observasi skala aktivitas pasien, bantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan, anjurkan pasien meminta tolong kepada keluarga atau perawat apabila pasien membutuhkan bantuan dalam memenuhi kebutuhannya, bantu pasien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang, kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medic dalam merencanakan program terapi yang tepat. Diagnosis keempat juga tidak sesuai dengan tinjauan teori yaitu gangguan pemenuhan istirahat dan tidur berhubungan dengan nyeri, adapun perencanaanya yaitu identifikasi penyulit tidur, monitor kebutuhan tidur pasien setiap hari, jelaskan pentingnya tidur yang adekuat, fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur (membaca), ciptakan lingkungan yang nyaman.

Pada perencanaan keperawatan ini penulis juga akan berfokus kepada perencanaan diagnosis nyeri akut yang menjadi masalah utama baik dalam

tinjauan teori maupun tinjauan kasus pertama maupun kedua. Perencanaan tersebut merupakan tindakan non farmakologi yakni teknik relaksasi, maka didapatkan hasil tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus pertama maupun kedua yang mana tujuan dari tindakan relaksasi untuk mengurangi nyeri post.

4.2.5. Pelaksanaan

Pada tahap ini tindakan keperawatan harus disesuaikan dengan rencana yang telah dirumuskan dan tidak menyimpang dengan program medis. Pada tinjauan teori tidak dilakukan tindakan pelaksanaan karena tidak ada pasien. Karena tidak semua tindakan dalam perencanaan teori bisa dilakukan dalam pelaksanaan di lahan praktek, maka pelaksanaan harus disesuaikan dengan standart operasional prosedur(SOP) RSI Darus Syifa' dan dengan bantuan keluarga pasien. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada kasus merupakan pengembangan dari teoritis yang dimodifikasi sesuai dengan kebiasaan tempat pelayanan. Dalam hal ini pelaksanaan tindakan pada kasus pertama maupun kedua pada post operasi mengikuti standart operasional prosedur(SOP) di RSI Darus Syifa' Surabaya.

Dalam pelaksanaan tindakan post operasi tidak dilakukan berurutan perdiagnosis karena masalah yang ditemukan bersumber dari satu masalah yaitu tindakan operasi TURP. Dengan adanya masalah tersebut akan muncul beberapa diagnosis keperawatan yang saling berkaitan akibat respon pasien.

Semisal pada tinjauan kasus pertama nyeri akut berhubungan dengan luka operasi berkaitan dengan intoleransi aktifitas berhubungan dengan gangguan ketidaknyamanan nyeri. Begitu juga pada tinjauan kasus yang kedua memunculkan masalah nyeri akut berhubungan dengan luka operasi sebagai masalah utama berkaitan dengan intoleransi aktifitas berhubungan dengan gangguan ketidaknyamanan nyeri berkaitan juga dengan gangguan pemenuhan istirahat dan tidur berhubungan dengan nyeri. Sehingga dalam pelaksanaannya penulis berfokus dalam pelaksanaan manajemen nyeri dalam mengatasi masalah-masalah keperawatan yang muncul, namun tetap juga melaksanakan tindakan ke masalah lainnya.

Pada pelaksanaan keperawatan ini penulis berfokus kepada pengaruh tindakan non farmakologi yaitu relaksasi terhadap masalah keperawatan nyeri akut, yang akan disajikan dalam

4.2.5.1. Analisa berbasis P-I-C-O-T di RSI. Darus Syifa:

TGL	PASIEN 1	INTERVENSI	COMPRASION	OUTCOME	TEORY
14-03-2015	Tn. R (L/57 tahun) 1. BPH+HILL 2. Nyeri akut 3. Skala nyeri 7 4. Wajah tampakmenyerin gai 5. Nyeri area perut bawah diatas kemaluan	Mengajarkan teknik relaksasi Observasi nyeri	Melakukan teknik relaksasi setiap 8 jam atau setiap nyeri timbul.	Nyeri berkurang, Skala nyeri 7	Gate controle, Penurunan nyeri pasca beda TURP melalui relaksasi benson (Gad Datak dkk, 2008)

TGL	PASIEN 1	INTERVENSI	COMPRASION	OUTCOME	TEORY
15-03-2015	Tn. R (L/57 tahun) 1. BPH+HILL 2. Nyeri akut 3. Skala nyeri 7 4. Wajah tampak segar 5. Nyeri area perut bawah diatas kemaluan	Mengajarkan teknik relaksasi Observasi nyeri	Melakukan teknik relaksasi setiap 8 jam atau setiap nyeri timbul.	Nyeri berkurang, Skala nyeri 5	Gate cotrole, Penurunan nyeri pasca beda TURP melalui relaksasi benson (Gad Datak dkk, 2008)
16-03-2015	Tn. R (L/57 tahun) 1. BPH+HILL 2. Nyeri akut 3. Skala nyeri 5 4. Wajah tampak segar 5. Nyeri area perut bawah diatas kemaluan	Mengajarkan teknik relaksasi Observasi nyeri	Melakukan teknik relaksasi setiap 8 jam atau setiap nyeri timbul.	Nyeri berkurang, Skala nyeri 2	Gate controle, Penurunan nyeri pasca beda TURP melalui relaksasi benson (Gad Datak dkk, 2008)

TGL	PASIEN 2	INTERVENSI	COMPRATION	OUTCOME	TEORY
14-03-2015	Tn. F (L/53 tahun) 1. BPH GRADE 2+LUT 2. Nyeri akut 3. Skala nyeri 8 4. Wajah tampakmenyeri ngai 5. Nyeri area perut bawah diatas kemaluan	Mengajarkan teknik relaksasi Observasi nyeri	Melakukan teknik relaksasi setiap 8 jam atau setiap nyeri timbul.	Nyeri berkurang, skala nyeri 8	Gate controle, Penurunan nyeri pasca beda TURP melalui relaksasi benson (Gad Datak dkk, 2008)
15-03-2015	Tn. F (L/53 tahun) 1. BPH GRADE 2+LUT 2. Nyeri akut 3. Skala nyeri 8 4. Wajah tanpaK segar	Mengajarkan teknik relaksasi Observasi nyeri	Melakukan teknik relaksasi setiap 8 jam atau setiap nyeri timbul.	Nyeri berkurang, skala nyeri 5	Gate controle, Penurunan nyeri pasca beda TURP melalui relaksasi benson (Gad Datak dkk, 2008)
16-03-2015	Tn. F (L/53 tahun) 1. BPH GRADE 2+LUT 2. Nyeri akut 3. Skala nyeri 5 4. Wajah tampak segar	Mengajarkan teknik relaksasi Observasi nyeri	Melakukan teknik relaksasi setiap 8 jam atau setiap nyeri timbul.	Nyeri berkurang, skala nyeri 3	Gate controle, Penurunan nyeri pasca beda TURP melalui relaksasi benson (Gad Datak dkk, 2008)

4.2.6. Evaluasi

Pada tinjauan teori post operasi disebutkan bahwa evaluasi dituliskan dalam bentuk criteria hasil keberhasilan, sedangkan dalam tinjauan kasus dituliskan berdasarkan respon pasien terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan dan dilanjutkan dalam catatan perkembangan.

Pada post operasi TURP disusun intervensi guna mengatasi diagnosis yang muncul, terutama pengaruh teknik relaksasi yang terbukti menanggulangi rasa nyeri sesuai dengan yang penelitian yang dilaksanakan Gad Datak dkk, 2008 , meskipun masalah nyeri akut yang hanya teratasi sebagian. Tidak teratasinya masalah ini secara tuntas dapat disebabkan karena tingkat kenyamanan setiap orang berbeda satu sama lain sehingga walaupun dalam kasus yang sama dan hari yang sama hasil evaluasi juga berbeda seperti pada tinjauan kasus pertama didapatkan evaluasi akhir skala nyeri 2 sedangkan pada tinjauan kasus kedua didapatkan evaluasi akhir skala nyeri 3.

