

## **BAB 4**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Dalam bab ini berisi dua klien dengan diagnosa medis BPH masalah keperawatan Nyeri akut di Ruang Bedah Pav Mina RS Siti Khadijah Sepanjang menggunakan 5 tahap proses keperawatan yaitu pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

#### **4.1 Hasil**

##### **4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian**

Dalam penelitian ini, lokasi penelitian berada di Rumah Sakit Siti Khadijah yang terletak di Jl.Pahlawan No.260, Kec Sidoarjo, Jawa Timur. RS Siti Khadijah adalah rumah sakit swasta tipe B dan merupakan salah satu amal usaha kesehatan milik Muhammadiyah.

##### **4.1.2 Pengkajian Keperawatan**

###### **4.1.2.1 Klien Pertama Tn.S / 54 tahun**

###### **1. Identitas**

Tn.S umur 54 tahun jenis kelamin laki-laki, beragama islam, alamat xxxx, suku jawa bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SD dan pekerjaan sekarang sebagai petani. Tanggal masuk rumah sakit 24 Juli 2016 pukul 08.00 wib dengan diagnosa medis BPH di ruang Pav Mina . Tanggal pengkajian 24 juli 2016 pukul 14.00 wib, post op hari pertama dan sumber informasi dari klien dan keluarga klien.

## 2. Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri pada area post operasi

## 3. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien mengatakan pada saat BAK merasakan sedikit nyeri dan nyeri tersebut sejak sebulan yang lalu. Pada tanggal 17 juli 2016 klien kontrol dan klien disarankan kembali lagi untuk melakukan tindakan operasi pada tanggal 24 juli 2016. Setelah dilakukan tindakan pembedahan TURP pada tanggal 24 juli 2016, klien mengatakan Nyeri pada area perut bawah diatas kemaluan, nyeri seperti tersayat-sayat, dengan skala 6 dan waktunya hilang timbul.

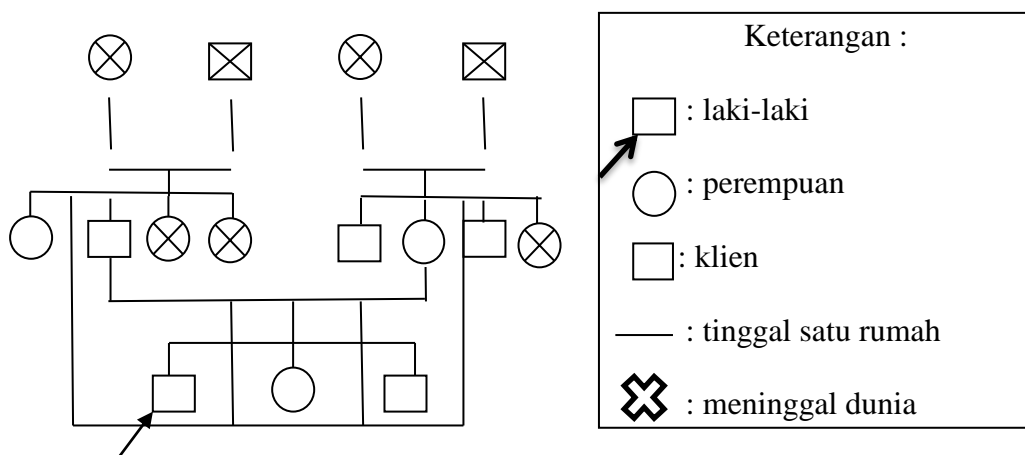
## 4. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien mengatakan tidak pernah sakit sebelumnya dan tidak mempunyai penyakit menular maupun menurun seperti TB, HT, DM dll

## 5. Riwayat Penyakit Keluarga

Klien mengatakan riwayat penyakit pada keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit DM.

## 6. Genogram



Gambar 4.1 Genogram Klien Pertama

## 7. Pola Fungsi Kesehatan

### a. Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup sehat

SMR : klien mengatakan sering olah raga dipagi hari dengan jalan santai dan mandi 3x/hari dan sikat gigi 2x/hari.

MRS : klien mengatakan saat sakit dirinya hanya latihan gerak diatas kamar tidur dan mandi 2kali/hari hanya diseka dengan air hangat dengan dibantu oleh keluarganya.

### b. Pola Nutrisi dan Metabolisme

SMR : klien mengatakan dirumah makan 3x/hari dengan menu nasi, lauk pauk dan sayur dengan porsi sedang, klien minum  $\pm 1000$  ml/hari.

MRS : klien mengatakan makan 3x/hari dengan menu yang sudah disediakan oleh rumah sakit dengan porsi sedang tetapi selalu habis, klien minum 600 ml/hari, dan klien tidak memiliki riwayat alergi makanan. BB SMRS:60kg, BB MRS:59kg.

### c. Pola Eliminasi

#### 1) Eliminasi Alvi

SMR :klien mengatakan BAB 1x/hari tiap pagi dengan konsistensi lunak, warna kuning dan bau khas

MRS :klien mengatakan BAB 1x/hari dan lancar dengan konsistensi lunak, warna kuning dan bau khas

#### 2) Eliminasi Uri

SMR : klien mengatakan nyeri pada area bawah perut, BAK  $\pm 500$  cc/hari dan tidak lancar, warna urine kuning dan bau khas

MRS : klien mengatakan nyeri pada area bawah perut dan nyeri pada saat bergerak, nyerinya seperti tersayat, skala nyeri 6, klien tampak menyeringai. BAK  $\pm$ 1200cc/hari dengan konsistensi urine berwarna kuning dan terpasang irigasi kateter 1000cc

**Masalah Keperawatan** : nyeri akut dan gangguan eliminasi urine.

#### **d. Pola Istirahat dan Tidur**

SMR : klien mengatakan tidur  $\pm$ 8jam/hari dengan keadaan lampu redup dan tidak ada gangguan saat tidur

MRS : klien mengatakan tidurnya terganggu dan sering terbangun karna nyerinya, frekuensi tidurnya  $\pm$ 4jam/hari

**Masalah Keperawatan** : gangguan pola tidur

#### **e. Pola Aktifitas dan Latihan**

SMR : klien mengatakan aktivitas sehari-harinya sebagai petani dan dapat beraktivitas normal

MRS : klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitasnya seperti biasanya dan hanya tiduran dikamar tidur dan semua kebutuhanya dibantu keluarga, klien bedrest, klien tampak lemas dan lelah.

**Masalah Keperawatan** : Intoleransi Aktivitas

#### **f. Pola Kognitif dan Sensori**

SMRS : klien mengatakan mengetahui tentang kondisinya dan panca inderanya masih dapat berfungsi dengan baik

MRS : klien mengatakan mengetahui tentang kondisi penyakitnya saat ini dan merasakan nyeri pada area bawah perut

#### **g. Pola Persepsi dan Konsep Diri**

**1) Gambaran diri**

Klien mengungkapkan dirinya seorang kakek dan berbadan sedikit gemuk dan tinggi

**2) Harga diri**

Klien mengatakan sakitnya memang kehendak dari tuhan. Klien mengatakan tidak merasa malu meskipun dirinya sedang dirawat di rumah sakit karena penyakit yang dialaminya.

**3) Ideal Diri**

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan ingin segera berkumpul dengan keluarganya

**4) Peran**

Klien mengatakan berperan sebagai ayah dari tiga anaknya, kakek dari cucunya dan bekerja sebagai petani untuk menghidupi istrinya.

**5) Identitas diri**

Klien mengatakan sudah menikah dan memiliki tiga orang anak yang sudah menikah dan berjenis kelamin laki-laki.

**h. Pola Reproduksi Seksual**

Klien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang laki-laki berusia 54 tahun dan sudah menikah.

**i. Pola Hubungan Peran**

Klien mengatakan komunikasi dengan keluarga dan orang sekitar sangat terjalin baik dan pada saat ini hubungan peran dengan dokter dan perawat juga baik.

**j. Pola Penanggulan Stress**

Klien mengatakan apabila ada masalah selalu dibicarakan dengan istrinya atau keluarganya.

**k. Pola Tata Nilai Dan Kepercayaan**

SMR : klien mengatakan di rumah selalu sholat 5 waktu dan biasanya mengaji setelah sholat.

MRS : klien mengatakan melakukan sholat 5 waktu diatas tempat tidur.

**8. Pemeriksaan Fisik**

a. Kesehatan Umum

Keadaan penyakit klien ringan, tingkat kesadaran umum klien kompos mentis, suara bicara jelas.

b. Tanda-tanda vital

TD : 120/70 mmhg, Nadi : 80x/menit, RR : 20x/menit, suhu : 36<sup>0</sup>C.

c. Kepala

Inspeksi : rambut pasien tidak beruban , lurus, tidak ada odem, idak nyeri tekan, berwarna hitam

Palpasi : tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan

d. Muka

Pasien terlihat pucat dan menyeringai saat bergerak

e. Mata

Bentuk mata simetris, sekelera putih, dan tidak ada gangguan penglihatan, konjungtiva merah muda

f. Telinga

Telinga terlihat bersih, tidak ada cairan yang keluar, tidak terdapat nyeri tekan di daerah telinga.

g. Hidung

Septum simetris, tidak ada polip, tidak ada secret, tidak terpasang selang NGT, tidak ada gangguan penciuman.

h. Mulut dan faring

Mulut berbentuk simetris, mukosa terlihat lembab, gigi tampak bersih, dan tidak ada nyeri telan.

i. Thorax

Inspeksi

Bentuk simetris tidak ada lesi maupun benjolan pergerakan dinding dada simetris, pernafasan 20x/menit.

Palpasi

tidak ada benjolan maupun nyeri tekan

Perkusi

Bunyi sonor pada jantung

Auskultasi

tidak ada suara nafas tambahan seperti ronchi dan wheezing

j. Abdomen

Inspeksi

Bentuk abdomen datar, tidak terdapat lesi di area abdomen, terdapat luka tertutup dengan kasa steril dibagian bawah perut

Palpasi

Tidak terdapat nyeri tekan abdomen, tidak ada massa

Perkusi

Bunyi tympani

Auskultasi

Bising usus normal

k. Inguinal, genital dan anus

Inguinal bersih, tidak terdapat lesi, genitalia bersih, tidak ada peradangan pada genitalia. Anus bersih tidak ada hemoroid dan tidak ada lecet. Terpasang kateter uk.18cm, dan ada post turp di bagian bawah perut, keadaan luka tidak tampak

l. Integument

Turgor kulit normal, akral hangat, kering merah, crt <2 detik.

m. Ekstremitas dan neurologis

Ekstremitas atas: tangan sebelah kanan terpasang infus pz 14tpm, tidak ada odem, dan dapat bergerak secara normal

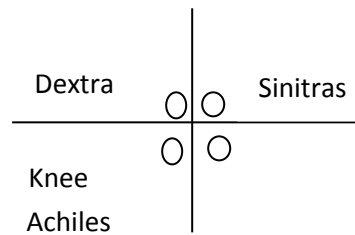
Ekstremitas bawah: pada kedua kaki dapat bergerak secara normal, tidak ada lesi.

Neurologis : GCS 4,5,6, kesadaran compos medis.

Refleks :

	Dextra	Sinistra
Biceps	○	○
Triceps	○	○





Keterangan : O : Normal

/ : Meningkatkan / menurun

## 9. Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan laboratorium yang muncul pada klien pertama di dapatkan hasil sebagai berikut :

Tanggal : 24-Juli-2016

### a. Laboratorium

Parameter	Hasil	Nilai Normal
Jenis Specimen	Serum Plasma citrate	
HBS AG Kualitatif	NEG	NEG
SGOT (IFCC MOD)	19	<35 U/L
SGPT (IFCC MOD)	22	<35 U/L
FAAL HAEMOSTASIS PT	TEST :11.3 KONTROL ALAT : 11.8	11-15 detik
APTT	TEST : 31.0 Kontrol ALAT : 23.9	25-35 detik

Tabel 4.1 Lab Klien Pertama

**b. USG**

Pada pemeriksaan radiologi USG yang muncul pada klien pertama di dapatkan hasil sebagai berikut:

Tanggal 24 juli 2016

Kesimpulan : Hypermetropy prostat (vol 67,18 ml)

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

**c. Terapi**

Tanggal 24 juli 2016

Injeksi cefriaxone 2x1 / 1gr, injeksi asam traneksamat 3x1 / 5mg,  
injeksi antrain 3x1amp 500mg, infus Pz 14tpm

**10. Daftar masalah keperawatan**

Daftar masalah yang muncul dari klien pertama sebagai berikut :

1. Nyeri Akut
2. Gangguan eliminasi urine
3. Gangguan pola tidur
4. Intoleransi aktivitas

**4.1.2.2 Klien Kedua Tn.I / 60 tahun****1. Identitas Klien**

Tn.I umur 60 tahun jenis kelamin laki-laki, beragama islam, alamat xxxx, suku jawa bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SMP dan pekerjaan sekarang sebagai wiraswasta. Tanggal masuk rumah sakit 3 Agustus 2016 pukul 06.30 wib dengan diagnosa medis BPH di ruang Pav

Mina. Tanggal pengkajian 3 agustus 2016 pukul 15.00 wib, sumber informasi dari klien dan keluarga klien.

## **2. Keluhan Utama**

Klien mengatakan nyeri pada area post operasi

## **3. Riwayat Penyakit Sekarang**

Klien mengatakan pada saat BAK merasakan sakit dan nyeri tersebut sejak 1 bulan yang lalu. Pada tanggal 3 agustus 2016 klien dibawa ke UGD RS Siti Khadijah Sepanjang dan disarankan untuk rawat inap melakukan tindakan operasi. Setelah dilakukan tindakan pembedahan TURP pada tanggal 3 agustus 2016 pukul 15.00, klien mengatakan Nyeri pada area perut bawah diatas kemaluan, nyeri seperti tertusuk-tusuk, dengan skala 8 dan waktunya hilang timbul.

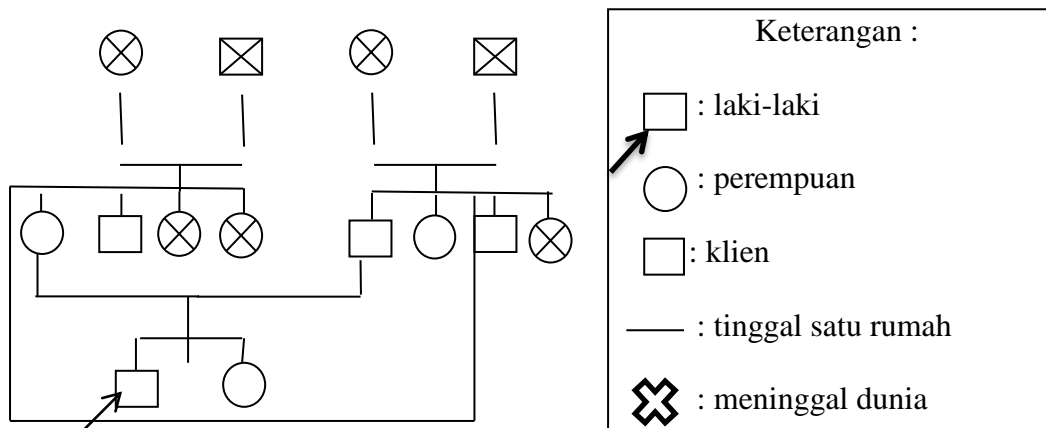
## **4. Riwayat Penyakit Dahulu**

Klien mengatakan tidak pernah sakit sebelumnya dan tidak mempunyai penyakit menular maupun menurun seperti TB, HT, DM dll

## **5. Riwayat Penyakit Keluarga**

Klien mengatakan riwayat penyakit pada keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit DM.

## 6. Genogram



Gambar 4.2 Genogram Klien Kedua

## 7. Pola Fungsi Kesehatan

### a. Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup sehat

SMR : klien mengatakan masih sering melakukan olah raga dipagi hari dengan jalan santai dan mandi 3x/hari dan sikat gigi 2x/hari.

MRS : klien mengatakan saat sakit dirinya hanya latihan gerak diatas kamar tidur dan mandi 2kali/hari hanya diseka dengan air hangat dengan dibantu oleh keluarganya.

### b. Pola Nutrisi dan Metabolisme

SMR : klien mengatakan dirumah makan 3x/hari dengan menu nasi, lauk pauk, sayur dan terkadang buah dengan porsi sedang, klien minum ±900 ml/hari.

MRS : klien mengatakan makan 3x/hari dengan menu yang sudah disediakan oleh rumah sakit dengan porsi sedang tetapi selalu habis, klien minum 500 ml/hari, dan klien tidak memiliki riwayat alergi makanan. BB SMRS:65kg, BB MRS:64kg.

### c. Pola Eliminasi

## 1) Eliminasi Alvi

SMR :klien mengatakan BAB 1x/hari tiap pagi dengan konsistensi lunak, warna kuning dan bau khas

MRS :klien mengatakan BAB 1x/hari dan lancar dengan konsistensi lunak, warna kuning dan bau khas

## 2) Eliminasi Uri

SMR : klien mengatakan nyeri pada area bawah perut, BAK  $\pm$ 600 cc/hari dan tidak lancar, warna urine kuning dan bau khas

MRS : klien mengatakan nyeri pada area post turp, skala nyeri 8, nyeri dirasakan saat bergerak, nyerinya seperti tertusuk-tusuk dan wajah klien tampak menyeringai. BAK  $\pm$ 1000cc/hari dengan konsistensi urine berwarna kuning dan terpasang irigasi kateter 1000cc

**Masalah Keperawatan** : nyeri akut dan gangguan eliminasi urine.

**d. Pola Istirahat dan Tidur**

SMR : klien mengatakan tidur  $\pm$ 8jam/hari dan tidak ada gangguan pada saat tidur

MRS : klien mengatakan tidurnya terganggu dan sering terbangun karna nyerinya , frekuensi tidurnya  $\pm$ 5jam/hari

**Masalah Keperawatan** : gangguan pola tidur

**e. Pola Aktifitas dan Latihan**

SMR : klien mengatakan dapat beraktivitas normal, bermain dengan cucunya.

MRS : klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitasnya seperti biasanya dan hanya tiduran dikamar tidur dan semua kebutuhanya dibantu keluarga, klien bedrest, klien tampak lemas dan lelah.

**Masalah Keperawatan** : Intoleransi Aktivitas

**f. Pola Kognitif dan Sensori**

SMRS : klien mengatakan mengetahui tentang kondisinya dan panca inderanya masih dapat berfungsi dengan baik

MRS : klien mengatakan mengetahui tentang kondisi penyakitnya saat ini dan merasakan nyeri dibagian bawah perut

**g. Pola Persepsi dan Konsep Diri**

**1) Gambaran diri**

Klien mengungkapkan dirinya seorang kakek yang mempunyai 2 cucu. Klien mengatakan bahwa dirinya tinggi dan gemuk dan berkulit sawo matang

**2) Harga diri**

Klien mengatakan sakitnya memang kehendak dari tuhan. Klien mengatakan tidak merasa malu meskipun dirinya sedang dirawat di rumah sakit karena penyakit yang dialaminya.

**3) Ideal Diri**

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan ingin segera berkumpul dengan keluarganya

**4) Peran**

Klien mengatakan berperan sebagai ayah dari dua anaknya, kakek dari cucu-cucunya dan bekerja sebagai pedagang untuk menghidupi istrinya.

#### **5) Identitas diri**

Klien mengatakan sudah menikah dan memiliki dua orang anak yang sudah menikah dan berjenis kelamin laki-laki.

#### **h. Pola Reproduksi Seksual**

Klien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang laki-laki berusia 60 tahun dan sudah menikah.

#### **i. Pola Hubungan Peran**

Klien mengatakan komunikasi dengan keluarga dan orang sekitar sangat terjalin baik dan pada saat ini hubungan peran dengan dokter dan perawat juga baik.

#### **j. Pola Penanggulan Stress**

Klien mengatakan apabila ada masalah selalu dibicarakan dengan istrinya atau keluarganya.

#### **k. Pola Tata Nilai Dan Kepercayaan**

SMR : klien mengatakan di rumah selalu sholat 5 waktu dan biasanya mengaji setelah sholat.

MRS : klien mengatakan melakukan sholat 5 waktu diatas tempat tidur dan selalu berzikir.

### **8. Pemeriksaan Fisik**

#### **a. Kesehatan Umum**

Keadaan penyakit pasien ringan,tingkat kesadaran umum pasien kompos mentis,suara bicara jelas.

b. Tanda-tanda vital

TD : 120/80mmhg, Nadi : 91x/menit, RR : 20x/menit, suhu : 36<sup>0</sup>C.

c. Kepala

Inspeksi : rambut pasien tidak beruban , lurus, tidak ada odem, idak nyeri tekan,.

Palpasi : tidak ada benjolan, dan tidak ada nyeri tekan

d. Muka

Pasien terlihat pucat menyeringai nyeri saat bergerak

e. Mata

Bentuk mata simetris, sekelera tidak infeksi, dan tidak ada gangguan penglihatan.

f. Telinga

Telinga terlihat bersih, tidak ada cairan yang keluar, tidak terdapat nyeri tekan di daerah telinga.

g. Hidung

Septum simetris, tidak ada polip, tidak ada secret, tidak terpasang selan NGT, tidak ada gangguan penciuman.

h. Mulut dan faring

Mulut berbentuk simetris, mukosa terliha lembab, gigi tampak bersih,dan tidak ada nyeri telan.

i. Thorax



### Inspeksi

Bentuk simetris tidak ada lesi maupun benjolan pergerakan dinding dada simetris, pernafasan 20x/menit.

### Palpasi

tidak ada benjolan maupun nyeri tekan

### perkusi

bunyi sonor

### auskultasi

tidak ada suara nafas tambahan seperti ronchi dan wheezing

## j. Abdomen

### Inspeksi

Bentuk abdomen datar, tidak terdapat lesi di area abdomen.

### Palpasi

Tidak terdapat nyeri tekan abdomen, tidak ada massa

### Perkusi

bunyi tympani

### Auskultasi

Bising usus normal

## k. Inguinal, genital dan anus

Inguinal bersih, tidak terdapat lesi, genitalia bersih, tidak ada peradangan pada genitalia. Anus bersih tidak ada hemoroid dan tidak ada lecet. Terpasang kateter uk.18cm, dan keadaan luka tidak tampak

## l. Integument

Turgor kulit normal, akral hangat, kering merah.

m. Ekstremitas dan neurologis

Ekstremitas atas: tangan sebelah kiri terpasang infus pz 21tpm, tidak ada odem, dan dapat bergerak secara normal

Ekstremitas bawah: pada kedua kaki dapat bergerak secara normal, tidak ada lesi.

Neurologis : GCS 4,5,6, kesadaran compos medis.

Refleks :

Dextra	○	Sinistra	○
Biceps	○		○
Triceps			
Dextra	○	Sinitras	○
Knee	○		○
Achilles			

Keterangan : O : Normal

/ : Meningkat / menurun

## 9. Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan laboratorium yang muncul pada klien kedua di dapatkan hasil sebagai berikut :

Tanggal : 03-08-2016

### a. Laboratorium

Parameter	Hasil	Nilai Normal
Jenis Specimen	Plasma citrate, Serum	

HBS AG Kualitatif	NEG	NEG
SGOT (IFCC MOD)	13	<35 U/L
SGPT (IFCC MOD)	31	<35 U/L
FAAL HAEMOSTASIS PT	TEST :10,8 KONTROL : 11,5	11-15 detik
APTT	TEST : 26,5 Kontrol : 27,0	25-35 detik

Tabel 4.2 lab Klien Kedua

**b. USG**

Ginjal kanan : Ukuran normal, intensitas echoparenchym meningkat, batas sinus dan cortex tak jelas, system pelvioceal tak melebar, batu(-).

Ukuran ginjal kanan : 89,1 mm x 44,8 mm.

Ginjal kiri : Ukuran normal, intensitas echoparenchym meningkat, batas sinus dan cortex tak jelas, system pelviocalyceal tak melebar, batu (-).

Ukuran ginjal kiri : 80.2 mm x 43,5 mm.

Buli – buli : Tampak balon kateter. Dinding tak menebal. Tampak batu ukuran 10,9 mm.

Prostat : Volume 19 cc. tidak tampak nodul.

Kesimpulan : batu buli – buli ukuran 10,9 mm. nephritis chronic bilateral.

### **c. Terapi**

Tanggal 3 Agustus 2016

Injeksi ceftriaxone 2x1/ 1gr, injeksi asam traneksamat 3x1/ 5mg,  
dan injeksi antrain 2x1 ampul 500mg, infus Pz 21tpm.

## **10. Daftar masalah keperawatan**

Daftar masalah yang muncul dari klien kedua sebagai berikut :

1. Nyeri Akut
2. Gangguan eliminasi urine
3. Gangguan pola tidur
4. Intoleransi aktivitas

### **4.1.3 Analisa Data**

#### **4.1.3.1 Analisa Data Pada Klien Pertama Tn.S / 54 Tahun**

Tanggal 24 Juli 2016

### **1. Kelompok data pertama**

- a. Data Subyektif: Klien mengatakan nyeri pada area post op TURP pertama pada area perut bawah seperti tersayat-sayat
- b. Data Obyektif: Klien tampak gelisah, klien tampak menyeringai, skala nyeri 6 dan nyeri terasa saat bergerak dan hilang jika diberi obat anti nyeri,  
TD: 120/70 mmhg, N: 80x/mnt, S: 36°C, RR: 20x/menit.
- c. Masalah Keperawatan  
Nyeri Akut

d. Penyebab

Agen cedera fisik (tindakan pembedahan)

**2. Kelompok data kedua**

a. Data Subyektif: Klien mengatakan tidak nyaman saat Bak

b. Data Obyektif: klien berkemih secara spontan, klien terpasang cateter uk.18cm, TD: 120/70 mmhg, N: 80x/mnt, S: 36°C, RR: 20x/menit.

c. Masalah Keperawatan

gangguan eliminasi urine

d. Penyebab

Obstruksi anatomik

**3. Kelompok data ke tiga**

a. Data Subyektif: Klien mengatakan tidak nyaman saat bak

b. Data Obyektif: klien tampak tidurnya terganggu dan sering terbangun dimalam hari karna nyerinya , frekuensi tidurnya  $\pm 4$ jam/hari dan tidur siang hanya  $\pm 1$ jam/hari. TD: 120/70 mmhg, N: 80x/mnt, S: 36°C, RR: 20x/menit.

c. Masalah Keperawatan

gangguan pola tidur

d. Penyebab

imobilisasi

**4. Kelompok data ke empat**

a. Data Subyektif: Klien mengatakan sulit beraktifitas karena merasa nyeri diarea post operasi

- b. Data Obyektif: Klien tampak letih, semua kebutuhannya dibantu oleh keluarga, klien tampak menyeringai. TD: 120/70 mmhg, N: 80x/mnt, S: 36°C, RR: 20x/menit.
- c. Masalah Keperawatan  
intoleransi aktivitas
- d. Penyebab  
imobilitas

#### **4.1.3.2 Analisa Data Klien Kedua Tn.I / 60 Tahun**

Tanggal 3 agustus 2016

##### **1. Kelompok data pertama**

- a. Data Subyektif: Klien mengatakan nyeri pada area post op turp pada area perut bawah seperti tertusuk-tusuk
- b. Data Obyektif: Klien tampak gelisah, klien tampak menyeringai, skala nyeri 8 dan terasa nyeri pada saat bergerak dan hilang jika diberi obat anti nyeri, TD: 110/70 mmhg, N: 85x/mnt, S: 37°C, RR: 20x/menit.
- c. Masalah Keperawatan  
Nyeri akut
- d. Penyebab  
Agen cedera fisik (tindakan pembedahan)

##### **2. Kelompok data kedua**

- a. Data Subyektif: Klien mengatakan tidak nyaman saat bak

b. Data Obyektif: Klien berkemih secara spontan, klien terpaksa cateter uk.18cm, TD: 110/70 mmhg, N: 85x/mnt, S: 37°C, RR: 20x/menit.

c. Masalah Keperawatan

gangguan pola eliminasi urine

d. Penyebab

Obstruksi anatomik

### **3. Kelompok data ke tiga**

a. Data Subyektif: Klien mengatakan tidak nyaman saat bak

b. Data Obyektif: klien tampak tidurnya terganggu dan sering terbangun di malam hari karna nyerinya , frekuensi tidurnya  $\pm 4-5$ jam/hari dan tidur siang hanya  $\pm 1$ jam/hari. TD: 110/70 mmhg, N: 85x/mnt, S: 37°C, RR: 20x/menit.

e. Masalah Keperawatan

gangguan pola tidur

d. Penyebab

imobilisasi

### **4. Kelompok data ke empat**

a. Data Subyektif: Klien mengatakan sulit beraktifitas karena merasa nyeri di area post operasi

b. Data Obyektif: Klien tampak letih, semua kebutuhannya dibantu oleh keluarga, klien tampak menyeringai. TD: 110/70 mmhg, N: 85x/mnt, S: 37°C, RR: 20x/menit.

c. Masalah Keperawatan

intoleransi aktivitas

d. Penyebab

imobilitas

#### **4.14 Diagnosa Keperawatan**

##### **4.1.4.1 Klien pertama Tn. S / 54 tahun**

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agent injuri fisik (tindakan pembedahan)
2. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan Obstruksi anatomik
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan imobilisasi
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas

##### **4.1.4.2 Klien kedua Tn.I / 60 tahun**

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agent injuri fisik (tindakan pembedahan)
2. Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan Obstruksi anatomik
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan imobilisasi
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas

#### **4.1.5 Intervensi Keperawatan**

##### **4.1.5.1 Intervensi Pada Klien Pertama : Tn.S / 54 Tahun**

##### **Diagnosa Keperawatan 1**

Nyeri akut berhubungan dengan Agent injuri fisik (tindakan pembedahan)

**NOC**



Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang/hilang

Kriteria Hasil :

1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang 1-3 dengan menggunakan manajemen nyeri
3. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
4. Wajah klien tampak segar dan tenang
5. Tanda tanda vital dalam batas normal

TD: 120/80mmHg, S:36<sup>0</sup>c, N:73x/menit, RR: 20x/menit.

**NIC**

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas

Rasional :

Dengan mengkaji tingkat nyeri, lokasi dan intensitasnya akan tepat dalam melakukan tindakan keperawatan

2. Observasi tanda-tanda vital tiap jam sekali

Rasional :

Mengetahui keadaan umum klien

3. Instruksikan klien untuk segera melaporkan adanya nyeri

Rasional :

Penundaan pelaporan nyeri menghambat peredaan nyeri/memerlukan penanganan tim medis

4. Berikan suasana yang nyaman dan tenang

Rasional :

Suansana yang nyaman untuk klien akan meningkatkan percepatan proses penyembuhan untuk klien.

5. Jelaskan penyebab nyeri dan kemungkinan faktor fisik dan emosional setelah fase nyeri akut berlalu

Rasional :

Penjelasan dengan tenang dapat mengurangi stres pasien yang berhubungan dengan takut karena ketidatahuan

6. Ajarkan teknik relaksasi, distraksi, atau massage

Rasional :

Tindakan ini mengurangi nyeri dengan memanipulasi kerja otak untuk rangsang lainnya. Relaksasi meningkatkan indra kontrol pasien terhadap nyeri.

7. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat

Rasional :

Untuk mengetahui terapi yang tepat untuk klien.

#### **4.1.5.2 Intervensi Pada Klien Kedua : Tn.I / 60 Tahun**

## **Diagnosa Keperawatan 1**

Nyeri akut berhubungan dengan Agent injuri fisik (tindakan pembedahan)

### **NOC**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang/hilang

Kriteria Hasil :

1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang 1-3 dengan menggunakan manajemen nyeri
3. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
4. Wajah klien tampak segar dan tenang
5. Tanda tanda vital dalam batas normal

TD: 120/80mmHg, S:36<sup>0</sup>c, N:73x/menit, RR: 20x/menit.

### **NIC**

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas

Rasional :

Dengan mengkaji tingkat nyeri, lokasi dan intensitasnya akan tepat dalam melakukan tindakan keperawatan

2. Observasi tanda-tanda vital tiap jam sekali

Rasional :

Mengetahui keadaan umum klien

3. Instruksikan klien untuk segera melaporkan adanya nyeri

Rasional :

Penundaan pelaporan nyeri menghambat peredaan nyeri/memerlukan peningkatan dosis obat

4. Berikan suasana yang nyaman dan tenang

Rasional :

Suansana yang nyaman untuk klien akan meningkatkan percepatan proses penyembuhan untuk klien.

5. Jelaskan penyebab nyeri dan kemungkinan faktor fisik dan emosional setelah fase nyeri akut berlalu

Rasional :

Penjelasan dengan tenang dapat mengurangi stres pasien yang berhubungan dengan takut karena ketidatahuan

6. Ajarkan teknik relaksasi, distraksi, atau massage

Rasional :

Tindakan ini mengurangi nyeri dengan memanipulasi kerja otak untuk rangsang lainnya. Relaksasi meningkatkan indra kontrol pasien terhadap nyeri.

7. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat

Rasional :

Untuk mengetahui terapi yang tepat untuk klien.

#### **4.1.6 Implementasi Keperawatan**

#### 4.1.6.1 Diagnosa Keperawatan 1 Pada Klien Tn.S Umur 54 Tahun

##### Pelaksanaan tanggal : 24 Juli 2016

1. Pukul 14.00 membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga klien seperti memperkenalkan nama, memperkenalkan profesi, tujuan ke klien

Respon: klien sangat percaya dan dapat menerima tujuan saya dengan baik

2. Pukul 14.00 mengkaji keadaan klien sesuai dengan literatur asuhan keperawatan.

Respon: klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif dan keluarga klien juga ikut membantu menjawab apa yang sudah ditanyakan

3. Pukul 14.00 melakukan observasi nyeri

Respon klien : wajah klien tampak menyeringai, dan mengeluh nyeri

Problem: nyeri pada bagian yang terpasang kateter.

Quality: nyeri seperti tersayat-sayat

Region: lokasi nyeri di daerah bagian alat vital

Scale: skala nyeri 6

Time: pada saat bergerak

4. Pukul 14.35 mengajarkan tarik napas dalam dan mendengarkan musik melalui headset kepada klien

Respon: klien dapat melakukan dengan baik, klien merasa sedikit tenang

5. Pukul 15.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 120/70mmHg, nadi 80x/menit, respirasi rate 20 x/menit , suhu 36°C .

6. Pukul 15.20 membantu menyeka klien

Respon: klien tampak senang dan mengucapkan terima kasih

7. Pukul 16.00 mengobservasi tanda-tanda vital dan menjelaskan tentang penyebab nyeri

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 120/80mmHg, nadi 80x/menit, respirasi rate 20 x/menit , suhu 36°C. dan klien sudah paham apa yang sudah dijelaskan

8. Pukul 16.10 memberikan makan

Respon: klien mengucapkan terimakasih dan dapat menghabiskan makanannya meskipun lama

9. Pukul 17.00 memberikan injeksi ceftraxone 2>1gr, asam tranoxamol 3>5gr, dan antrain 3x1 1ampul 500gr

Respon: klien kooperatif dan tidak alergi pada obat

10. Pukul 17.10 memberikan suasana yang nyaman dan aman pada klien dan membatasi pengunjung klien agar tidak mengganggu kondisi klien

Respon: klien tampak tenang

11. Pukul 19.00 melakukan evaluasi pada klien

### **Pelaksanaan tanggal : 25 Juli 2016**

1. Pukul 14.20 Menyapa klien, Mengucapkan salam dan Menyebutkan nama

Respon klien : klien kooperatif dan GCS 456

2. Pukul 14.20 melakukan observasi nyeri

Respon klien : wajah klien masih tampak menyeringai

Problem: nyeri pada bagian alat vital

Quality: nyeri seperti tersayat-sayat

Region: lokasi nyeri di daerah vital

Scale: skala nyeri 4

Time: pada saat bergerak

3. Pukul 14.35 mengajarkan tarik napas dalam dan mendengarkan musik melalui headset kepada klien

Respon klien : klien dapat melakukan dengan baik

4. Pukul 15.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 120/70mmHg, nadi 75 x/menit, respirasi rate 21 x/menit, suhu 36,2°C.

5. Pukul 15.20 membantu menyeka klien

Respon: klien kooperatif

6. Pukul 16.10 memberikan makan kepada klien

Respon: klien kooperatif dan mengucapkan terimakasih

7. Pukul 17.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 120/70mmHg, nadi 82 x/menit, respirasi rate 20 x/menit, suhu 36,7°C.

12. Pukul 17.00 memberikan injeksi ceftraxone 2>1gr, asam tranoxamol 3>5gr, dan antrain 3x1 1ampul 500gr

Respon: klien kooperatif dan tidak alergi pada obat

8. Pukul 17.10 memberikan suasana yang nyaman dan aman pada klien dan membatasi pengunjung klien agar tidak mengganggu kondisi klien

Respon: klien tampak tenang

9. Pukul 18.00 melihat keadaan klien

10. Pukul 19.00 melakukan evaluasi pada klien

11. Pukul 20.00 memberikan obat per oral dan mendampingi klien untuk memastikan meminum obatnya sebelum istirahat

Respon : klien sangat kooperatif , langsung meminum obatnya dan mengucapkan terima kasih

**Pelaksanaan tanggal : 26 Juli 2016**

1. Pukul 14.20 Menyapa klien, mengucapkan salam dan menyebutkan nama

Respon klien : klien kooperatif dan gcs 456

2. Pukul 14.20 melakukan observasi nyeri

Respon klien : wajah klien tampak relax dan tenang dan scale nyeri klien 0

3. Pukul 14.35 mengajarkan tarik napas dalam dan mendengarkan musik melalui headset kepada klien

Respon klien : klien kooperatif

4. Pukul 15.20 membantu menyeka klien

Respon: klien kooperatif

5. Pukul 16.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 105/62mmHg, nadi 75 x/menit, respirasi rate 18x/menit, suhu 36°C.

6. Pukul 16.10 memberikan makanan kepada klien

Respon: klien kooperatif

7. Pukul 17.10 memberikan suasana yang nyaman dan aman pada klien dan membatasi pengunjung klien agar tidak mengganggu kondisi klien

Respon: klien tampak tenang



8. Pukul 18.30 dokter visited dan mengatakan Tn. S sudah bisa istirahat dirumah karna kondisi sudah stabil dan nyeri sudah teratasi  
Respon: klien tampak senang dan mengucapkan Alhamdulillah
9. Pukul 19.00 melakukan evaluasi pada klien

#### **4.1.6.2 Diagnosa Keperawatan 1 Pada Klien Tn.I Umur 60 Tahun**

##### **Pelaksanaan tanggal : 3 Agustus 2016**

1. Pukul 15.00 membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga klien seperti memperkenalkan nama, memperkenalkan profesi, tujuan ke klien  
Respon: klien sangat mempercayai dan menerima dengan baik tujuan saya
2. Pukul 15.00 mengkaji keadaan klien sesuai dengan literatur asuhan keperawatan.  
Respon klien: klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif dan keluarga klien juga ikut membantu menjawab apa yang sudah ditanyakan
3. Pukul 15.00 melakukan observasi nyeri  
Respon klien : wajah klien tampak menyeringai,  
Problem: nyeri akut  
Quality: nyeri seperti ditusuk-tusuk  
Region: lokasi nyeri di daerah vital  
Scale: skala nyeri 8  
Time: pada saat bergerak

4. Pukul 15.10 mengajarkan tarik napas dalam dan mendengarkan musik melalui headset kepada klien

Respon klien : klien dapat melakukan dengan baik, klien merasa sedikit tenang

5. Pukul 15.30 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 120/80mmHg, nadi 36 x/menit , respirasi rate 20 x/menit , suhu 36°C

6. Pukul 16.10 memberikan obat per oral seperti aspirin 1x1 metformin 500gr

Respon : klien kooperatif dan meminum obatnya dengan baik

7. Pukul 17.00 memberikan suasana yang nyaman dan aman pada klien dan menganjurkan klien untuk beristirahat

Respon : klien mengucapkan terimakasih

8. Pukul 19.00 melakukan evaluasi pada klien

#### **Pelaksanaan tanggal : 4 Agustus 2016**

1. Pukul 15.00 Menyapa klien, Mengucapkan salam dan Menyebutkan nama

Respon klien : klien kooperatif dan gcs 456

2. Pukul 15.00 melakukan observasi nyeri

Respon klien : wajah klien masih tampak menyeringai

Problem: nyeri pada bagian vital yang terpasang kateter

Quality: nyeri seperti ditusuk-tusuk

Region: lokasi nyeri di daerah post turp

Scale: skala nyeri 5

Time: pada saat bergerak

3. Pukul 15.10 mengajarkan tarik napas dalam dan mendengarkan musik melalui headset kepada klien

Respon klien : klien dapat melakukan dengan baik, klien merasa lebih sedikit tenang

4. Pukul 15.30 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 130/70mmHg, nadi 91 x/menit , respirasi rate 24 x/menit , suhu 36°C

5. Pukul 16.00 memberikan antrain 3x1, kalnex 3x500, ceftiaxone axa 2x1

Respon : klien kooperatif dan tidak ada alergi obat

6. Pukul 17.10 memberikan suasana yang nyaman dan aman pada klien dan menganjurkan klien untuk beristirahat

Respon : klien mengucapkan terimakasih

#### **Pelaksanaan tanggal : 5 Agustus 2016**

1. Pukul 15.00 Menyapa klien, mengucapkan salam dan menyebutkan nama

Respon klien : klien kooperatif dan gcs 456

2. Pukul 15.00 melakukan observasi nyeri

Respon klien : wajah klien masih tampak menyeringai

Problem: nyeri pada bagian vital yang terpasang kateter

Quality: nyeri seperti ditusuk-tusuk

Region: lokasi nyeri di daerah post turp

Scale: skala nyeri 2

Time: pada saat bergerak

3. Pukul 15.00 mengajarkan tarik napas dalam dan mendengarkan musik melalui headset kepada klien

Respon klien : klien dapat melakukan dengan baik, klien merasa sedikit tenang

4. Pukul 15.30 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 118/73mmHg, nadi 77 x/menit , respirasi rate 20x/menit , suhu 36°C

5. Pukul 16.00 memberikan suasana yang nyaman dan aman pada klien dan menganjurkan klien untuk beristirahat

Respon : klien mengucapkan terimakasih

6. Pukul 17.30 dokter visited dan mengatakan bahwa keadaan Tn.I sudah membaik. Nyeri juga sudah teratasi
7. Pukul 19.00 melakukan evaluasi pada klien

#### **4.1.7 Evaluasi Keperawatan**

##### **4.1.7.1 Evaluasi tanggal 24 Juli 2016 pada klien pertama Tn.S 45 tahun**

Diagnosa keperawatan 1

Nyeri akut berhubungan dengan Agent injuri fisik (tindakan pembedahan)

Evaluasi jam 19.00 WIB

S : Klien mengatakan nyeri pada bagian vital yang terpasang kateter

O : Keadaan umum klien cukup, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, dan skala nyeri klien 6 masih terasa seperti tersayat-sayat pada bagian yang terpasang kateter wajah klien tampak menyeringai. TD: 120/70mmHg, Nadi: 80x/menit, RR: 20x/menit, Suhu: 36°C.

A : Nyeri akut belum teratasi

P : Rencana tindakan no 1 – 7 dilanjutkan

**Evaluasi tanggal 25 Juli 2016**

Evaluasi jam 19.00 WIB

S : klien mengatakan nyeri pada bagian yang terpasang kateter sudah berkurang, tidak sehebat yang dirasakan kemarin setelah operasi

O : keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, nyeri pada area post op turp pada area perut bawah, nyeri terasa tersayat-sayat, skala nyeri klien 4, terasa nyeri pada saat bergerak dan wajah klien masih tampak menyeringai. TD: 130/70mmHg, nadi 91 x/menit , respirasi rate 24 x/menit , suhu 36°C

A : Nyeri akut teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no 1,2,4,6,7 dilanjutkan

**Evaluasi tanggal 26 juli 2016**

Evaluasi jam 19.00 WIB

S : Klien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri

O : Keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456 dan skala nyeri klien 0, TD: 110/60mmHg, nadi 80 x/menit, respirasi rate 18 x/menit, suhu 36°C.%.

A : Nyeri akut teratasi

P : Rencana tindakan dihentikan (Px KRS)

**4.1.7.2 Evaluasi tanggal 3 Agustus 2016 pada klien kedua Tn.I 70 tahun**

Diagnosa keperawatan 1

Nyeri akut berhubungan dengan Agent injuri fisik (tindakan pembedahan)

Evaluasi jam 19.00 WIB

S : Klien mengatakan nyeri pada bagian yang terpasang kateter

O : Keadaan umum klien cukup, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, dan nyeri pada area post op turp pada area perut bawah, nyeri terasa tertusuk-tusuk, skala nyeri klien 8, terasa nyeri pada saat bergerak dan wajah klien tampak menyeringai sekali, akral dingin.

TD: 120/80mmHg, S:36<sup>0</sup>c, N:73x/menit, RR: 20x/menit.

A : Nyeri akut belum teratasi

P : Rencana tindakan no 1 – 7 dilanjutkan

#### **Evaluasi tanggal 4 agustus 2016**

Evaluasi jam 19.00 WIB

S : Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang

O : Keadaan umum klien cukup, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, nyeri pada area post op turp pada area perut bawah, nyeri terasa tertusuk-tusuk, skala nyeri klien 5, terasa nyeri pada saat bergerak dan wajah klien masih tampak menyeringai, akral dingin, TD: 130/70mmHg, nadi 91 x/menit , respirasi rate 24 x/menit , suhu 36<sup>0</sup>C

A : Nyeri akut teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no 1,2,4,6,7 dilanjutkan

#### **Evaluasi tanggal 5 Agustus 2016**

Evaluasi jam 19.00 WIB

S : Klien mengatakan nyerinya berkurang

O : Keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 4/5/6 dan nyeri pada area post op turp pada area perut bawah, nyeri terasa tertusuk-tusuk, skala nyeri klien 2, terasa nyeri pada saat bergerak dan wajah klien masih tampak sedikit menyeringai, akral dingin, TD: 118/73mmHg, nadi 77 x/menit , respirasi rate 20x/menit , suhu 36°C.

A : Nyeri akut teratasi

P : Rencana tindakan dihentikan

## **4.2 Pembahasan**

Dalam bab ini penulis akan menguraikan kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus selama melaksanakan asuhan keperawatan klien pada BPH di Ruang Pav Mina RS Siti Khadijah Sepanjang Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### **4.2.1 Pengkajian Keperawatan**

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena klien dan pihak keluarga klien sangat menerima penulis dengan baik, penulis juga memperkenalkan diri sebelumnya serta menjelaskan maksud dan tujuan penulis yaitu memberikan asuhan keperawatan pada kedua klien sehingga dengan terjalinnya hubungan yang kooperatif antara penulis dengan klien maupun pihak keluarga yang mengantar klien sampai ke Ruang Paviliun Mina RS Siti Khadijah Sepanjang.

Berdasarkan hasil pengkajian nyeri yang sama antara klien pertama dan klien kedua, kedua klien sama-sama merasakan nyeri pada bagian yang

terpasang kateter, kualitas ketajaman nyeri pada klien pertama Tn.S didapatkan seperti tersayat sedangkan klien kedua Tn.I seperti ditusuk-tusuk.

Menurut teori bourbanis intensitas skala nyeri yaitu skala nyeri 0 berarti tidak merasakan nyeri, angka 1 sampai 3 dapat diartikan nyeri ringan, angka 4-6 diartikan nyeri sedang, angka 7-9 diartikan nyeri berat terkontrol dan angka 10 diartikan nyeri berat tidak terkontrol. Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri yaitu Faktor fisiologi yang mempengaruhi nyeri terdiri dari umur, jenis kelamin, kelelahan, gen dan fungsi neurologi, Faktor sosial yang mempengaruhi nyeri terdiri dari perhatian, pengalaman nyeri sebelumnya, dan keluarga dan dukungan social, Faktor spiritual, Faktor psikologis yang mempengaruhi nyeri terdiri dari kecemasan dan coping individu (Potter&Perry, 2009).

Berdasarkan data diatas terjadinya perbedaan nyeri dipengaruhi oleh berbagai faktor salah satunya dari usia. Orang tua yang sudah lanjut usia, nyeri yang dirasakan sangat kompleks, karena mereka umumnya memiliki berbagai macam penyakit dengan gejala yang sering sama dengan bagian tubuh yang lain. Karena klien pertama dengan umur 54 tahun sedangkan klien kedua 60 tahun, perbedaan umur yang jauh. Jadi kalau dibandingkan dengan usia juga sangat berpengaruh terhadap respon nyerinya. Tetapi dalam menentukan skala nyeri tidaklah susah, karna klien sangat kooperatif. Dan tidak ada hambatan dalam melaksanakan pengkajian keperawatan pada klien

#### **4.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Perumusan diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi dan keluhan yang terjadi pada klien. Diagnosa keperawatan yang sama antara klien pertama



dan klien kedua , yaitu Nyeri berhubungan dengan Agent injuri fisik (tindakan pembedahan)

Berdasarkan dalam tinjauan pustaka diagnosa keperawatan yang muncul pada klien yang mengalami BPH menurut (NANDA, 2015) yaitu Nyeri berhubungan dengan agent injuri fisik (tindakan pembedahan). Kesamaan antara klien pertama dan kedua adalah penyebab dan diagnosa aktualnya mengalami kesamaan, sama-sama mengalami proses operasi TURP sehingga pemasangan kateter setelah operasi mengakibatkan nyeri. Maka dari itu tidak ada kesenjangan diagnosa antara klien pertama dan kedua dan sesuai dengan tinjauan pustaka.

Namun tetapi tidak semua diagnosa pada tinjauan pustaka muncul dalam tinjauan kasus. karena sudah mendapatkan pengobatan dan kondisi masing-masing klien juga berbeda-beda, dan dalam menentukan diagnosa keperawatan tidak ada hambatan, dan klien sangat memberikan respon baik.

#### **4.2.3 Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk mengatasi masalah nyeri akut pada kedua klien sama. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan nyeri akut selama 3 kali 24 jam setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan kriteria hasil Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan), melaporkan bahwa nyeri berkurang 1-3 dengan menggunakan manajemen nyeri, mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri), menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang, wajah klien tampak relax dan tenang dan tanda tanda vital dalam batas normal.

Pada perencanaan keperawatan ini penulis akan berfokus kepada kedua klien dengan masalah keperawatan nyeri akut yang menjadi masalah utama baik dalam tinjauan pustaka maupun tinjauan kasus pertama Tn.S maupun tinjauan kasus kedua Tn.I. Perencanaan untuk nyeri akut berhubungan dengan agent injuri fisik yaitu Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas, Observasi tanda-tanda vital tiap jam sekali, Instruksikan klien untuk segera melaporkan adanya nyeri, Berikan suasana yang nyaman dan tenang, Jelaskan penyebab nyeri dan kemungkinan faktor fisik dan emosional setelah fase nyeri akut berlalu, Ajarkan teknik relaksasi, distraksi, atau massage dan Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat.

Penulis dalam menyusun rencana tindakan keperawatan tidak mengalami hambatan dikarenakan penulis berdiskusi terlebih dahulu kepada klien, keluarga klien dan perawat yang ada di ruangan agar tidak ada kesalah fahaman dalam penentuan perencanaan tindakan keperawatan. Maka didapatkan hasil tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pertama maupun kedua yang mana tujuan dari tarik napas dalam dan mendengarkan musik melalui headset dan kolaborasi dengan dokter dapat menurunkan rasa nyeri pada klien.

#### **4.2.4 Pelaksanaan Keperawatan**

Pada tahap ini tindakan keperawatan harus disesuaikan dengan rencana yang telah dirumuskan dan tidak menyimpang dengan program medis. Pada tinjauan pustaka tidak dilakukan tindakan pelaksanaan karena tidak ada klien. Karena tidak semua tindakan dalam perencanaan teori bisa dilakukan dalam pelaksanaan di lahan praktek, maka pelaksanaan harus disesuaikan dengan

standart oprasional prosedur (SOP) Rumah Sakit Siti Khadijah Sepanjang dan dengan bantuan keluarga klien. 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 BPH mengikuti standart oprasional prosedur (SOP) di Rumah Sakit Siti Khadijah Sepanjang.

Pelaksanaan yang terlaksana pada klien pertama dan kedua adalah melaksanakan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, intensitas nyeri, frekuensi, kualitas dan durasi saat timbulnya nyeri. Mengobservasi tanda-tanda vital setiap jam, memberikan instruksi pada klien untuk segera melaporkan adanya nyeri timbul secara tiba-tiba, memberikan suasana yang nyaman dan tenang, memberikan penjelasan tentang penyebab nyeri, mengajarkan teknik relaksasi atau distraksi dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. Pelaksanaan yang tidak terlaksana pada tinjauan kasus pertama dan tinjauan kasus kedua tidak ada karena penulis melaksanakan sesuai perencanaan tindakan.

Tindakan yang dilakukan secara mandiri adalah mengajarkan atau memberikan teknik relaksasi atau distraksi kepada klien saat timbul nyeri. Tindakan teknik relaksasi atau distraksi ini merupakan tindakan yang cukup efektif dalam menurunkan skala nyeri. Pelaksanaan keperawatan dilakukan sebaik mungkin menyesuaikan dengan keadaan dari kondisi klien saat ini. Dalam pelaksanaan pada kedua klien ini penulis tidak mengalami hambatan dikarenakan kedua klien dan keluarga klien kooperatif dengan tindakan medis yang dilakukan

oleh penulis yang sesuai dengan standart operasional prosedur yang ada dirumah sakit tersebut

#### **4.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung pada klien dan keluarga klien yang di dokumentasikan dalam catatan perkembangan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena klien tidak ada sehingga tidak dilakukan evaluasi. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus dapat tercapai sesuai dengan tujuan dan kriteria yang diharapkan dan dituliskan berdasarkan respon klien terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan dan dilanjutkan dalam catatan perkembangan.

Pada BPH disusun intervensi guna mengatasi diagnosa yang muncul, terutama pengaruh teknik relaksasi yang terbukti menanggulangi rasa nyeri sesuai. Evaluasi akhir dari klien pertama Tn.S dan klien kedua Tn.I, nyerinya sama-sama teratasi. Pada tinjauan kasus pertama didapatkan hasil nyeri hari pertama dengan skala 6, hari kedua dengan skala nyeri 4 dan hari ketiga dengan skala 0 sedangkan pada klien kedua hasil skala nyeri hari pertama 8, pada hari kedua skala nyeri 5 dan pada hari ketiga skala nyeri 3.

Perbandingannya pada tinjauan kasus pertama Tn.S dan kedua Tn.I didapatkan selisih intensitas skala nyeri dari masing-masing klien seperti pada tinjauan kasus pertama didapatkan evaluasi akhir skala nyeri 0 sedangkan pada tinjauan kasus kedua didapatkan evaluasi akhir skala nyeri 2 karna klien kedua sudah mengalami lanjut usia yang berarti tonus otot juga mengalami penurunan

tetapi kedua klien tersebut sama-sama teratasi dalam waktu 3 kali 24 jam sesuai dengan tinjauan pustaka yang berdasarkan dari tujuan dan kriteria hasil. Perbedaan tersebut ada karna setiap klien mengalami tingkat kenyamanan dan pengalaman nyeri sebelumnya yang berbeda, tetapi dalam menentukan evaluasi keperawatan tidak ada hambatan karna sesuai dengan kriteria hasil dan respon kedua klien juga sangat kooperatif.