

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Penelitian studi kasus ini dilakukan di RSUD Anwar Medika Krian Sidoarjo di Ruang Intensif Care Unit (ICU) dan Ruang Dahlia. Ruang ICU merupakan ruang untuk pelayanan kesehatan kritis yang diberikan kepada pasien yang sedang dalam keadaan kritis selama masa kedaruratan medis. Ruang ICU di RSUD Anwar Medika terdiri dari 2 ruang yaitu ICU 1 dan ICU 2. Di dalam ruang ICU peralatan medis semua yang diperlukan sudah tersedia misalnya monitor, ventilator dll. Diagnosis lebih spesifik yang umumnya memenuhi kriteria inklusi perawatan ICU yaitu pasien yang membutuhkan bantuan ventilasi mekanik dan/ proteksi jalan nafas misalnya (emergency trakheostomi/intubasi), pasien pasca operasi yang memerlukan monitoring intensif misalnya (operasi lama > 6jam dan/beresiko perdarahan, pasien yang membutuhkan obat-obat inotropik dan anti aritmia misalnya (pasien syok/pasca resusitasi), pasien yang membutuhkan monitoring hemodinamik invasive misalnya (kateter swan ganz, kateter tekanan darah arteri) dll.

Ruang Dahlia merupakan ruang rawat inap bagi pasien Pre Op, Post Op maupun bagi pasien yang sudah dalam tahap pemulihan setelah dari ICU yang terdiri dari Dahlia 1-30 dengan berbagai macam kelas perawatan 1-3.

Intra operasi merupakan bagian dari tahapan perioperatif. Aktivitas yang dilakukan pada tahap ini adalah segala macam aktivitas yang dilakukan oleh tenaga paramedis di ruang operasi. Aktivitas di ruang operasi oleh paramedis difokuskan pada pasien yang menjalani prosedur pembedahan untuk perbaikan, koreksi atau menghilangkan masalah-masalah fisik yang mengganggu pasien. Perawatan intra operatif tidak hanya berfokus pada masalah fisiologis yang dihadapi oleh pasien selama operasi, namun juga pada masalah psikologis yang dihadapi pasien.

Partisipan pada studi kasus ini adalah 2 pasien Post Op Benigna Prostat Hyperplasia (BPH) dengan masalah keperawatan Nyeri Akut. Setiap asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat sesuai dengan SOP penanganan pada masalah nyeri akut. Perawat di ruangan bekerja dengan sistem shift dibagi menjadi 3 yaitu pagi, siang dan malam. Setiap pergantian shift, perawat melaporkan kondisi kesehatan klien kepada perawat yang bertugas selanjutnya sehingga asuhan keperawatan dapat diberikan secara kontinu kepada pasien seperti contoh pada saat perawatan pasca operasi. Perawatan pasca operasi yang dilakukan perawat meliputi meningkatkan proses penyembuhan luka dan mengurangi rasa nyeri dapat dilakukan manajemen luka, mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit dengan memberikan cairan sesuai kebutuhan pasien, serta mempertahankan nutrisi yang cukup dll.

4.1.2 Pengkajian

1. Identitas Klien

IDENTITAS PARTISIPAN	PARTISIPAN 1	PARTISIPAN 2
Nama Partisipan	Tn. E	Tn. K
Umur	67 Tahun	67 Tahun
Jenis Kelamin	Laki-Laki	Laki-Laki
Alamat	Ponokawan RT 04 RW 01	Kemuning Tarik RT 06 RW 02
Suku/Bangsa	Jawa / Indonesia	Jawa / Indonesia
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMP	SD
Pekerjaan	-	Servis TV
Tgl. MRS	27 Januari 2020	31 Januari 2020
Diagnosa	Post Op BPH	Post Op BPH
Tgl Pengkajian/jam	28 Januari 2020/14:00 WIB	1 Februari 2020/10:30 WIB
No. RM	627xxx	136xxx

Tabel 4.1 Pengkajian identitas pasien post op BPH

2. Pola Persepsi Penanganan Kesehatan

a. Keluhan Utama

PARTISIPAN 1	PARTISIPAN 2
DS : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi	DS : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi

b. Riwayat Penyakit Sekarang

PARTISIPAN 1	PARTISIPAN 2
<p>Pasien mengatakan dibawa ke RSUD Anwar Medika pada tanggal 27 januari 2020 dengan keluhan kencing keluar sedikit-sedikit ± 1 bulan, saat kencing terasa sakit dan panas, tidak bisa kencing selama 2 hari, kandung kemih terasa penuh, tgl 28 januari pasien operasi. Saat <i>pengkajian setelah operasi ditemukan data pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, wajah tampak menahan sakit dan terlihat pucat, gerakan tubuh pelan-pelan melindungi bagian yang sakit, sulit untuk tidur, rasa nyeri seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 6 (sedang), waktu datang nyeri mendadak dan hilang timbul dengan lamanya ± 1 menit. TD : 155/74 mmHg, S : 36,6 $^{\circ}$C, N : 80x/menit, RR : 23x/menit, Spo2 : 98%.</i></p>	<p>Pasien mengatakan dibawa ke RSUD Anwar Medika pada tanggal 31 januari 2020 dengan keluhan kencing keluar sedikit-sedikit, melakukan pemeriksaan ke poli urologi dan hanya diberi obat untuk melancarkan saat kencing, kencing keluar sedikit ± 2 tahun, tidak bisa kencing selama 1 hari, sering kali kambuh tidak bisa kencing saat malam hari, tgl 31 pasien operasi. Saat <i>pengkajian setelah operasi ditemukan data pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, wajah tampak menahan sakit dan terlihat pucat, gelisah, gerakan tubuh pelan-pelan melindungi bagian yang sakit, sering kali meraung kesakitan saat kencing dengan ditandai adanya pergerakan tubuh pasien sampai menggeliat dan terpasang strain (tali pengikat pada kedua kaki), sulit untuk tidur, keringat dingin, rasa nyeri seperti terbakar dengan skala 8 (berat), waktu datang nyeri mendadak dan hilang timbul dengan lamanya ± 1 menit. TD : 150/70 mmHg, S : 36,0 $^{\circ}$C, N : 105x/menit, RR : 25x/menit, Spo2 : 99%.</i></p>

c. Riwayat Penyakit Dahulu

PARTISIPAN 1	PARTISIPAN 2
Pasien mengatakan tidak pernah operasi prostat sebelumnya. tetapi Sebelumnya pernah dirawat dirumah sakit dengan sakit yang berbeda.	Pasien mengatakan tidak pernah operasi prostat sebelumnya. tidak pernah masuk rumah sakit.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

PARTISIPAN 1	PARTISIPAN 2
Pasien mengatakan bahwa adik kandungnya mempunyai riwayat penyakit benigna prostat hyperplasia (BPH) dan pernah melakukan operasi.	Pasien mengatakan didalam keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit benigna prostat hyperplasia (BPH).

Tabel 4.2 Pola persepsi penanganan kesehatan pada pasien post op BPH

3. Pola Fungsi Kesehatan

Perubahan Pola Kesehatan	Partisipan 1
Pola kognitif perseptual	Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi , pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 6 (sedang), nyeri dirasakan mendadak dan hilang timbul ± 1 menit, pasien melindungi bagian nyeri saat kencing (memegang perut) , wajah pasien tampak menahan sakit dan tampak pucat dan sulit untuk tidur.
Perubahan Pola Kesehatan	Partisipan 2
Pola Kognitif Perseptual	Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, pasien mengatakan nyeri seperti terbakar, skala nyeri 8 (berat), nyeri dirasakan mendadak dan hilang timbul ± 1 menit, pasien tampak gelisah dan kedua kaki di ikat di tempat tidur pasien, wajah pasien tampak menahan sakit dan tampak pucat, keringat dingin, sulit untuk tidur dan melindungi bagian nyeri saat

kencing (memegangi kedua paha) .

Tabel 4.3 Pola Fungsi Kesehatan pada pasien post op BPH

4. Pemeriksaan Fisik

<i>Review Of system</i>	PARTISIPAN 1	PARTISIPAN 2
Keadaan Umum	Baik	Lemah
B1 (Breathing)	<p>DS : Tidak ada keluhan</p> <p>DO : RR : 23x/menit, Irama regular, Bentuk dada simetris, Pergerakan dinding dada simetris kanan kiri sama, Tidak ada retraksi dinding dada, Vocal fremitus kanan kiri sama semakin ke bawah getaran melemah, Suara nafas vesikuler tidak ada suara nafas tambahan seperti wheezing dan ronkhi.</p>	<p>DS: Tidak ada keluhan</p> <p>DO : RR : 25x/menit, Irama regular, Bentuk dada simetris, Pergerakan dinding dada simetris kanan kiri sama, Tidak ada retraksi dinding dada, Vocal fremitus kanan kiri sama semakin ke bawah getaran melemah, Suara nafas vesikuler tidak ada suara nafas tambahan seperti wheezing dan ronkhi.</p>
B2 (Blood)	<p>DS : Tidak ada keluhan</p> <p>DO : TD : 155/74 mmHg N : 80 x/menit Pasien tidak anemis, Akral dingin, CRT >2dtk, Tampak pucat, WBC : 12,3 ribu/mm³ (H), PLT : 285 ribu/uL HGB : 13,9 g/dL</p>	<p>DS : Tidak ada keluhan</p> <p>DO : TD : 150/70 mmHg N : 105 x/menit Pasien tidak anemis, Akral dingin, CRT >2dtk, Keringat dingin (diaforesis), Tampak pucat, WBC : 14,5ribu/mm³ (H), PLT : 180 ribu/uL, HGB : 11,7 g/dL (L)</p>

B3 (Brain)	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi</p> <p>DO : Kesadaran composmentis, GCS : 4-5-6, Kesulitan untuk tidur, Sklera: putih, Conjungtiva: merah muda, Pupil: isokor, 2mm/2mm, Reflek cahaya +/+</p>	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi</p> <p>DO : Kesadaran composmentis, GCS : 4-5-6, Kesulitan untuk tidur, Tampak gelisah, Sklera: putih, Conjungtiva: merah muda, Pupil: isokor, 2mm/2mm, Reflek cahaya +/+</p>				
B4 (Bladder)	<p>DS : Pasien mengatakan sedikit mengejan saat BAK dan terasa sakit</p> <p>DO : Terpasang three way kateter, urine tertampung 900cc dan berwarna kuning kemerahan, tidak terdapat distensi kandung kemih</p>	<p>DS : Pasien mengatakan sedikit mengejan saat BAK dan terasa sakit</p> <p>DO : Terpasang three way kateter, urine tertampung 1000cc dan berwarna kemerahan, tidak terdapat distensi kandung kemih</p>				
B5 (Bowel)	<p>DS : Tidak ada keluhan</p> <p>DO : Porsi makan habis (1 porsi), Tidak ada distensi abdomen, Belum BAB setelah operasi dan sudah flatus 2 kali</p>	<p>DS : Pasien mengatakan tidak mau makan, tidak mual dan muntah</p> <p>DO : Tampak pasien lemas, Tidak ada distensi abdomen, Belum BAB setelah operasi dan sudah flatus 1 kali</p>				
B6 (Bone)	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri saat bergerak (nyeri bekas operasi lokasi di uretra/saluran keluar kandung kemih)</p> <p>DO : Pasien tirah baring, kekuatan otot :</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> </table> <p>Dikatakan 4 karena dalam</p>	5	5	4	4	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri saat bergerak, (nyeri bekas operasi lokasi di uretra/saluran keluar kandung kemih)</p> <p>DO : Pasien tirah baring dan kedua kaki pasien diikat/strain karena sering kali pasien menggeliat kesakitan.</p>
5	5					
4	4					

	pengertiannya bisa bergerak melawan tahanan pemeriksa tetapi kekuatannya berkurang, berkurang karena nyeri yang dialami	Kekuatan otot :		
		<table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>Dikatakan 4 karena dalam pengertiannya bisa bergerak melawan tahanan pemeriksa tetapi kekuatannya berkurang, berkurang karena nyeri yang dialami</p>	5	5
5	5			
4	4			

Tabel 4.4 Observasi dan Pemeriksaan fisik pada pasien post op BPH

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Parameter	Klien 1	Klien 2	Nilai Normal
<i>*DL Automatic</i>			
<i>Natrium</i>	139,1	134,9 (L)	135-155 Mcg/L
<i>Kalium</i>	2,85 (L)	3,84	3,5-4,9 Mcg/L
<i>Chlorida</i>	93,7 (L)	109,9	96-113 Mcg/L
<i>*Hematologi (Jumlah sel darah)</i>			
<i>HGB</i>	13,9 g/dL	11,7 g/dL (L)	13,0-18,0
<i>HCT</i>	43,5 %	36,8 %	40-50
<i>WBC</i>	12,3 ribu/mm ³ (H)	14,5 ribu/mm ³ (H)	4,0-11,0
<i>PLT</i>	285 ribu/uL	180 ribu/uL	150-450
<i>Eritrosit</i>	4,55 juta/uL	3,88 juta/uL (L)	4,5-5,5
<i>RDW-CV</i>	12,41 %	12,29 %	11,5-14,5
<i>MPV</i>	7,04 fL (L)	7,17 fL (L)	7,2-11,1
<i>*Index</i>			
<i>MCV</i>	95,6 fL (H)	94,8 fL (H)	82-92
<i>MCH</i>	30,7 pg	30,1 pg	27-31
<i>MCHC</i>	32,1 %	31,8 % (L)	32-37
<i>*Differential</i>			
<i>LYM%</i>	15 % (L)	7,8 % (L)	19-48
<i>MONO%</i>	8,3 % (H)	7,0 %	2-8
<i>NEU%</i>	72,9 % (H)	84,0 % (H)	50-70
<i>EOS%</i>	3,3 % (H)	0,9 % (L)	1-3
<i>BASO%</i>	0,5 %	0,3 %	0-1
<i>*Jumlah total sel</i>			
<i>LYM#</i>	1,84 ribu/ uL	1,13 ribu/ uL	1-3,7

MONO#	1,02 ribu/ UI (H)	1,01 ribu/ UI (H)	0,2-1
NEU#	8,93 ribu/ uL	12,16 ribu/ uL	
EOS#	0,40 ribu/ uL	0,13 ribu/ uL	
BASO#	0,06 ribu/ uL	0,04 ribu/ UI	

b. Pemeriksaan USG

Pemeriksaan Penunjang	Klien 1	Klien 2
USG Urologi/ Abdomen lower	<p>REN Dextra : ukuran normal, echo parenchym normal, batas sinus cortex jelas, tak tampak ectasis SPC/batu/kista/massa</p> <p>REN Sinistra : Ukuran normal, echo parenchym normal, batas sinus cortex jelas, tak tampak ectasis SPC/batu/kista/massa</p> <p>Buli : Ukuran normal, cateter (+), tak tampak penebalan dinding/massa/batu</p> <p>Prostat : Ukuran membesar (vol = 74cc), tak tampak massa/klasifikasi tak tampak intensitas cairan bebas di cavum abdomen</p> <p>Kesimpulan : BPH (vol = 74cc) Ginjal kanan dan kiri buli tidak tampak kelainan</p>	<p>REN Dextra : ukuran normal, echo parenchym normal, batas sinus cortex jelas, tak tampak ectasis SPC/batu/kista/massa</p> <p>REN Sinistra : Ukuran normal, echo parenchym normal, batas sinus cortex jelas, tak tampak ectasis SPC/batu/kista/massa</p> <p>Buli : Ukuran normal, tak tampak penebalan dinding/massa/batu</p> <p>Prostat : Ukuran membesar (vol = 91cc) dengan protrusle 2,7 cm, tak tampak massa/klasifikasi tak tampak intensitas cairan bebas di cavum abdomen</p> <p>Kesimpulan : BPH (vol = 91cc) Ginjal kanan dan kiri buli tidak tampak kelainan</p>

c. Spesimen Urine

Parameter	Klien 1	Klien 2	Nilai Normal
Warna Urine	KUNING	KUNING-SEDIKIT MERAH	KUNING-JERNIH
Bilirubin	NEGATIF	NEGATIF	NEGATIF
Reduksi Urine	NEGATIF	NEGATIF	
Keton	NEGATIF	NEGATIF	NEGATIF
BJ	1010	1015	1000-1030
Darah Samar	80 ERY/UL	25 ERY/UL	NEGATIF
pH	6,5	7,0	6,0-8,5
Albumin Urine	POSITIF 1	NEGATIF	NEGATIF
Urobilinogen	3,5 UMOL/L	3,2 UMOL/L	0,2-3,2 umol/L
Nitrit	NEGATIF	NEGATIF	NEGATIF
Sedimen Urine			
Leukosit	3-4	PENUH/LP	1-3
Eritrosit	3-4	PENUH/LP	1-3
Epithel	SQUAM	SQUAM	
Kristal	CA SULFAT	NEGATIF	
Silinder	NEGATIF	NEGATIF	

Tabel 4.5 Pemeriksaan Penunjang pada pasien post op BPH

6. Terapi

Terapi	Infus	Injeksi	Oral
Klien 1	Infus NaCl 0,9% + D5 (2:1) 20tpm Irigasi NaCl 0,9% (1000ml) Infus KCL 75mg 20tpm	Santagesik 3x1 amp (2ml)/IV Plasminex 3x500 mg/IV Viccilin-SX 3x1,5 g/IV	
Klien 2	Infus NaCl 0,9% + D5 (2:1) 20tpm Irigasi NaCL 0,9% (1000ml)	Santagesik 3x1 amp (2ml)/IV Plasminex 3x500 mg/IV Viccilin-SX 3x1,5 g/IV	

Tabel 4.6 Terapi Obat

4.1.3 Analisa Data

Analisa Data	Etiologi	Masalah
PARTISIPAN 1		
<p>DS :</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi.</p> <p>b. Pasien mengatakan rasa nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>c. Pasien mengatakan rasa nyeri datang mendadak dan hilang timbul dengan lamanya ± 1menit</p> <p>d. Pasien mengatakan kesulitan untuk tidur</p> <p>e. Skala nyeri : 6 (sedang)</p> <p>DO :</p> <p>a. TD : 155/74 mmHg, N : 80x/mnt, RR : 23x/mnt</p> <p>b. Wajah pasien tampak menahan sakit, tampak pucat, gerakan tubuh tampak melindungi bagian yang sakit</p>	<p>Faktor Usia</p> <p>↓</p> <p>Produksi stroma dan epitel berlebih</p> <p>↓</p> <p>Prostat membesar</p> <p>↓</p> <p>Post operasi</p> <p>↓</p> <p>TURP</p> <p>↓</p> <p>Iritasi mukosa kandung kencing, terputusnya jaringan trauma bekas insisi</p> <p>↓</p> <p>Rangsangan syaraf diameter kecil yaitu serabut delta A & C</p> <p>↓</p> <p>Gate kontrol terbuka</p> <p>↓</p> <p>Menyampaikan impuls</p> <p>↓</p> <p>Cortex serebri</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	Nyeri Akut
PARTISIPAN 2		
<p>DS :</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi</p> <p>b. Pasien mengatakan rasa</p>	<p>Faktor Usia</p> <p>↓</p> <p>Produksi stroma dan epitel berlebih</p> <p>↓</p>	Nyeri Akut

<p>nyeri seperti terbakar</p> <p>c. Pasien mengatakan nyeri datang mendadak dan hilang timbul dengan lamanya \pm 1menit</p> <p>d. Pasien mengatakan kesulitan untuk tidur</p> <p>e. Skala nyeri : 8 (berat)</p> <p>DO :</p> <p>a. TD : 150/70 mmHg, N : 105x/mnt, RR : 25x/mnt</p> <p>b. Wajah pasien tampak menahan sakit, tampak pucat, gelisah, keringat dingin, gerakan tubuh tampak melindungi bagian yang sakit, sering kali meraung kesakitan saat kencing dan terlihat terpasang strain/tali pengikat di kedua kaki untuk menahan pergerakan</p>	<p>Prostat membesar</p> <p>↓</p> <p>Post operasi</p> <p>↓</p> <p>TURP</p> <p>↓</p> <p>Iritasi mukosa kandung kencing, terputusnya jaringan trauma bekas insisi</p> <p>↓</p> <p>Rangsangan syaraf diameter kecil yaitu serabut delta A & C</p> <p>↓</p> <p>Gate kontrol terbuka</p> <p>↓</p> <p>Menyampaikan impuls</p> <p>↓</p> <p>Cortex serebri</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	
--	--	--

Tabel 4.7 Analisa data pada pasien post op BPH

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

PARTISIPAN 1	PARTISIPAN 2
Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan TURP) ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, nyeri seperti tertusuk-tusuk, kesulitan untuk tidur, nyeri datang mendadak dan hilang timbul dengan lamanya \pm 1menit, wajah pasien tampak menahan sakit, tampak pucat, gerakan tubuh tampak melindungi bagian yang sakit, skala nyeri : 6 (sedang), TD : 155/74 mmHg, N : 80x/mnt, RR : 23x/mnt	Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan TURP) ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, rasa nyeri seperti terbakar, nyeri datang mendadak dan hilang timbul dengan lamanya \pm 1menit, kesulitan untuk tidur, wajah pasien tampak menahan sakit, tampak pucat, gelisah, keringat dingin, gerakan tubuh tampak melindungi bagian yang sakit, sering kali meraung kesakitan saat kencing dan terlihat terpasang strain/tali pengikat di kedua kaki untuk menahan pergerakan, skala nyeri : 8 (berat), TD : 150/70 mmHg, N : 105x/mnt, RR : 25x/mnt

Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan

4.1.5 Rencana Keperawatan

PARTISIPAN 1		
Diagnosa, Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan TURP) (SDKI, 2017), (Kamitsuru, 2018). Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, diharapkan	1. Monitor nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala dan intensitas nyeri	Memberikan informasi untuk membantu dalam menentukan pilihan/keefektifan intervensi
	2. Monitor atau hilangkan faktor-faktor yang mencetuskan atau yang meningkatkan	Faktor-faktor tersebut dapat mempengaruhi nyeri dan toleransi nyeri sehingga dapat

nyeri berkurang atau hilang Kriteria Hasil : 1. Melaporkan nyeri terkontrol 2. Kemampuan mengenali penyebab nyeri 3. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis (SLKI, 2019)	pengalaman nyeri pasien (misal rasa takut, kelelahan dan kurang pengetahuan dll)	mencetuskan atau memperparah nyeri tersebut dan harus dikurangi atau dihilangkan guna meningkatkan keseluruhan program penatalaksanaan nyeri
	3. Pertahankan tirah baring	Tirah baring mungkin diperlukan pada awal selama fase retensi akut. Namun, ambulasi dini dapat memperbaiki pola berkemih normal dan menghilangkan nyeri kolik
	4. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan teknik relaksasi (nafas dalam, menghela nafas dan pernapasan abdomen) dan latihan teknik distraksi (mengalihkan perhatian misal mengobrol, mendengarkan musik dll)	Membantu dalam mengalihkan atau mengurangi nyeri dan dapat meningkatkan kemampuan coping. Teknik relaksasi membantu mengurangi ketegangan otot rangka yang akan mengurangi intensitas nyeri dan Teknik distraksi membantu memfokuskan perhatian klien ke stimulus yang lain daripada terhadap rasa nyeri dan emosi negatif.

	<p>5. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infus NaCl 0,9% + D5 (2:1) 20tpm • Irigasi NaCl 0,9% (1000ml) • Infus KCL 75mg 20tpm • Santagesik 3x1 amp (2ml)/IV • Plasminex 3x500 mg/IV • Viccilin-SX 3x1,5 g/IV 	<p>Pemberian analgetik mampu mengurangi pembentukan mediator nyeri, sehingga dapat membantu untuk mengurangi rasa nyeri</p>
--	--	---

PARTISIPAN 2		
Diagnosa, Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan TURP) (SDKI, 2017), (Kamitsuru, 2018)</p>	<p>1. Monitor nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala dan intensitas nyeri</p>	<p>Memberikan informasi untuk membantu dalam menentukan pilihan/keefektifan intervensi</p>
<p>Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, diharapkan nyeri berkurang atau hilang</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaporkan nyeri terkontrol 2. Kemampuan mengenali 	<p>2. Monitor atau hilangkan faktor-faktor yang mencetuskan atau yang meningkatkan pengalaman nyeri pasien (misal rasa takut, keletihan dan kurang pengetahuan dll)</p>	<p>Faktor-faktor tersebut dapat mempengaruhi nyeri dan toleransi nyeri sehingga dapat mencetuskan atau memperparah nyeri tersebut dan harus dikurangi atau dihilangkan guna meningkatkan keseluruhan program</p>

penyebab nyeri 3. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis (SLKI, 2019)	3. Pertahankan tirah baring	Tirah baring mungkin diperlukan pada awal selama fase retensi akut. Namun, ambulasi dini dapat memperbaiki pola berkemih normal dan menghilangkan nyeri kolik
	4. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan teknik relaksasi (nafas dalam, menghela nafas dan pernapasan abdomen) dan latihan teknik distraksi (mengalihkan perhatian misal mengobrol, mendengarkan musik dll)	Membantu dalam mengalihkan atau mengurangi nyeri dan dapat meningkatkan kemampuan coping. Teknik relaksasi membantu mengurangi ketegangan otot rangka yang akan mengurangi intensitas nyeri dan Teknik distraksi membantu memfokuskan perhatian klien ke stimulus yang lain daripada terhadap rasa nyeri dan emosi negatif.
	5. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik <ul style="list-style-type: none"> • Infus NaCl 0,9% + D5 (2:1) 20tpm • Irigasi NaCl 0,9% (1000ml) • Santagesik 3x1 amp (2ml)/IV • Plasminex 3x500 	Pemberian analgetik mampu mengurangi pembentukan mediator nyeri, sehingga dapat membantu untuk mengurangi rasa nyeri

	mg/IV • Viccilin-SX 3x1,5 g/IV	
--	--------------------------------------	--

Tabel 4.9 Rencana Keperawatan

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Partisipan 1					
	Implementasi		Implementasi		Implementasi	
	28 Januari 2020		29 Januari 2020		30 Januari 2020	
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan TURP)	15.00	1. Mengobservasi nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala nyeri dan intensitas nyeri. Pasien : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, rasa nyeri seperti tertusuk-tusuk, rasa nyeri terjadi di sekitar alat vital, skala nyeri 6 (sedang), nyeri datang mendadak dan hilang timbul dengan lamanya ± 1menit.	08.00	1. Mengobservasi nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala nyeri dan intensitas nyeri. Pasien : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sedikit berkurang, rasa nyeri seperti dicubit, rasa nyeri terjadi di sekitar alat vital, skala nyeri 3 (ringan), nyeri hilang timbul.	08.20	1. Mengobservasi nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala nyeri dan intensitas nyeri. Pasien : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sudah berkurang, rasa nyeri seperti dicubit , rasa nyeri terjadi di sekitar alat vital, skala nyeri 2 (ringan), nyeri hilang timbul.

	<p>15.15</p>	<p>2. Mengobservasi faktor-faktor yang mencetuskan atau yang meningkatkan pengalaman nyeri pasien (misal rasa takut, kelelahan dan kurang pengetahuan dll). Pasien : Pasien mengatakan nyeri semakin bertambah ketika saat bergerak dan kencing.</p>	<p>08.20</p>	<p>mencetuskan atau yang meningkatkan pengalaman nyeri pasien (misal rasa takut, kelelahan dan kurang pengetahuan dll). Pasien : Pasien mengatakan nyeri semakin bertambah ketika kencing.</p> <p>3. Menganjurkan pasien untuk tirah baring dan tidak boleh duduk terlalu lama. Pasien : Pasien mengerti dan melakukannya.</p> <p>4. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan</p>	<p>08.35</p>	<p>seperti latihan teknik relaksasi (nafas dalam, menghela nafas dan pernapasan abdomen). Pasien : Pasien kooperatif dan mampu melakukannya.</p> <p>3. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan teknik distraksi (mengalihkan perhatian misal mengobrol, mendengarkan musik (musik dangdut dll). Pasien : Pasien kooperatif dan sudah melakukan teknik distraksi untuk pengalihan nyeri ini.</p>
	<p>15.25</p>	<p>3. Menganjurkan pasien untuk tirah baring dan tidak boleh duduk. Pasien : Pasien mengerti dan melakukannya.</p>	<p>08.30</p>			
	<p>15.30</p>	<p>4. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk</p>				

	<p>15.35</p>	<p>mengurangi rasa nyeri seperti latihan teknik relaksasi (nafas dalam, menghela nafas dan pernapasan abdomen). Pasien : Pasien kooperatif dan mampu melakukannya.</p> <p>5. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan teknik distraksi (mengalihkan perhatian misal mengobrol, mendengarkan musik (musik dangdut dll). Pasien : Pasien kooperatif dan sudah melakukan teknik distraksi untuk pengalihan nyeri ini.</p>	<p>08.35</p>	<p>teknik relaksasi (nafas dalam, menghela nafas dan pernapasan abdomen). Pasien : Pasien kooperatif dan mampu melakukannya.</p> <p>5. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan teknik distraksi (mengalihkan perhatian misal mengobrol, mendengarkan musik (musik dangdut dll). Pasien : Pasien kooperatif dan sudah melakukan teknik distraksi untuk pengalihan nyeri ini.</p>	<p>09.00</p>	<p>4. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik. Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infus NaCl 0,9% + D5 (2:1) 20tpm • Irigasi NaCl 0,9% (1000ml) • Santagesik 1 amp (2ml)/IV • Viccilin-SX 1,5 g/IV
--	---------------------	---	---------------------	---	---------------------	---

	15.48	<p>6. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik.</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infus NaCl 0,9% + D5 (2:1) 20tpm • Irigasi NaCl 0,9% (1000ml) • Infus KCL 75mg 20tpm • Santagesik 1 amp (2ml)/IV • Plasminex 500 mg/IV • Viccilin-SX 1,5 g/IV 	09.00	<p>6. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik.</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infus NaCl 0,9% + D5 (2:1) 20tpm • Irigasi NaCl 0,9% (1000ml) • Santagesik 1 amp (2ml)/IV • Plasminex 500 mg/IV • Viccilin-SX 1,5 g/IV 		
--	--------------	--	--------------	--	--	--

Diagnosa Keperawatan	Partisipan 2					
	Implementasi		Implementasi		Implementasi	
	1 Februari 2020		2 Februari 2020		3 Februari 2020	
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan TURP)	11.10	1. Mengobservasi nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala nyeri dan intensitas nyeri. Pasien : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, rasa nyeri seperti terbakar, rasa nyeri terjadi di sekitar alat vital, skala nyeri 8 (berat), nyeri datang mendadak dan hilang timbul dengan lamanya \pm 1menit.	08.15	1. Mengobservasi nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala nyeri dan intensitas nyeri. Pasien : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sedikit berkurang, rasa nyeri seperti di iris-iris, rasa nyeri terjadi di sekitar alat vital, skala nyeri 5 (sedang), nyeri datang mendadak dan hilang timbul dengan lamanya \pm 1menit.	08.30	1. Mengobservasi nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala nyeri dan intensitas nyeri. Pasien : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sudah berkurang , rasa nyeri seperti dicubit, rasa nyeri terjadi di sekitar alat vital, skala nyeri 3 (ringan), nyeri datang mendadak dan hilang timbul.
	11.15	2. Mengobservasi faktor-faktor yang			08.35	2. Menganjurkan pasien untuk tirah baring dan

		<p>mencetuskan atau yang meningkatkan pengalaman nyeri pasien (misal rasa takut, kelelahan dan kurang pengetahuan dll).</p> <p>Pasien : Pasien mengatakan nyeri semakin bertambah ketika dibuat bergerak dan kencing.</p>	08.20	<p>2. Mengobservasi faktor-faktor yang mencetuskan atau yang meningkatkan pengalaman nyeri pasien (misal rasa takut, kelelahan dan kurang pengetahuan dll).</p> <p>Pasien : Pasien mengatakan nyeri semakin bertambah saat kencing.</p>		<p>tidak boleh duduk terlalu lama.</p> <p>Pasien : Pasien mengerti dan mau melakukannya.</p>
	11.20	<p>3. Menganjurkan pasien untuk tirah baring dan tidak boleh duduk.</p> <p>Pasien : Pasien mengerti dan melakukannya.</p>	08.35	<p>3. Menganjurkan pasien untuk tirah baring dan tidak boleh duduk.</p> <p>Pasien : Pasien mengerti melakukannya.</p>	08.40	<p>3. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan teknik relaksasi (nafas dalam, menghela nafas dan pernapasan abdomen).</p> <p>Pasien : Pasien kooperatif dan mampu melakukannya.</p>
	11.30	<p>4. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan teknik</p>	08.40	<p>4. Mengajarkan teknik non farmakologis</p>	08.45	<p>4. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan teknik distraksi (mengalihkan perhatian misal mengobrol, mendengarkan musik</p>

		<p>relaksasi (nafas dalam, menghela nafas dan pernapasan abdomen). Pasien : Pasien kooperatif dan mampu melakukannya.</p>		<p>untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan teknik relaksasi (nafas dalam, menghela nafas dan pernapasan abdomen). Pasien : Pasien kooperatif dan mampu melakukannya.</p>		<p>(musik dangdut dll). Pasien : Pasien kooperatif dan sudah melakukan teknik distraksi untuk pengalihan nyeri ini.</p>
	14.00	<p>5. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan teknik distraksi (mengalihkan perhatian misal mengobrol, mendengarkan musik (musik dangdut dll). Pasien : Pasien kooperatif dan sudah melakukan teknik distraksi untuk pengalihan nyeri ini.</p>	08.45	<p>5. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan teknik distraksi (mengalihkan perhatian misal mengobrol, mendengarkan musik (musik dangdut dll). Pasien : Pasien kooperatif dan sudah melakukan teknik distraksi untuk</p>	09.05	<p>5. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik. Hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Infus NaCl 0,9% + D5 (2:1) 20tpm • Irigasi NaCl 0,9% (1000ml) • Santagesik 1 amp (2ml)/IV • Plasminex 500 mg/IV • Viccilin-SX 1,5 g/IV </p>
	15.20	<p>6. Melakukan kolaborasi dengan tim medis</p>				

		<p>dalam pemberian analgetik.</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infus NaCl 0,9% + D5 (2:1) 20tpm • Irigasi NaCl 0,9% (1000ml) • Santagesik 1 amp (2ml)/IV • Plasminex 500 mg/IV • Viccilin-SX 1,5 g/IV 	09.00	<p>pengalihan nyeri ini.</p> <p>6. Melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik.</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infus NaCl 0,9% + D5 (2:1) 20tpm • Irigasi NaCl 0,9% (1000ml) • Santagesik 1 amp (2ml)/IV • Plasminex 500 mg/IV • Viccilin-SX 1,5 g/IV 		
--	--	---	--------------	---	--	--

Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa	Hari 1	Hari 2	Hari 3
Partisipan 1	28 Januari 2020	29 Januari 2020	30 Januari 2020
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan TURP)	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, rasa nyeri seperti tertusuk-tusuk, rasa nyeri terjadi di sekitar alat vital, skala nyeri 6 (sedang), nyeri datang mendadak dan hilang timbul dengan lamanya \pm 1menit dan kesulitan untuk tidur.</p> <p>O :</p> <p>a. Wajah pasien tampak menahan sakit, tampak pucat.</p> <p>b. Gerakan tubuh melindungi bagian yang sakit.</p> <p>c. Terpasang three way kateter pada genitalia.</p> <p>d. Warna urine kuning kemerahan. Urine tertampung 900cc</p> <p>e. TD : 150/70 mmHg, N : 80x/mnt, RR : 23x/mnt</p> <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan 1-6</p>	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sedikit berkurang, rasa nyeri seperti dicubit, rasa nyeri terjadi di sekitar alat vital, skala nyeri 3 (ringan), nyeri hilang timbul.</p> <p>O :</p> <p>a. Pasien tampak rileks, terlihat sesekali melindungi bagian tubuh yang sakit saat bergerak.</p> <p>b. Terpasang three way kateter pada genitalia.</p> <p>c. Warna urine kuning kecoklatan. Urine tertampung 700cc</p> <p>d. TD : 140/80 mmHg, N : 88x/mnt, RR : 21x/mnt</p> <p>A : Masalah nyeri teratasi sebagian dari point KH : 2 dan 3</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1,4,5,6</p>	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sudah berkurang, rasa nyeri seperti dicubit , rasa nyeri terjadi di sekitar alat vital, skala nyeri 2 (ringan), nyeri hilang timbul.</p> <p>O :</p> <p>a. Pasien tampak lebih rileks, sudah berani bergerak/ganti posisi.</p> <p>b. Terpasang three way kateter pada genitalia.</p> <p>c. Warna urine kuning jernih. Urine tertampung 400cc</p> <p>d. TD : 140/70 mmHg, N : 86x/mnt, RR : 18x/mnt</p> <p>A : Masalah nyeri teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan dalam pemberian HE :</p> <p>1. Pasien dianjurkan untuk mengurangi aktivitas berat yang dapat memicu kambuh</p>

			<p>nya penyumbatan pada prostat</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien dianjurkan minum yang banyak 3. Pasien tidak boleh makan makanan yang berlemak dan makan jerohan 4. Pasien dianjurkan untuk kontrol ke poli
--	--	--	---

Diagnosa	Hari 1	Hari 2	Hari 3
Partisipan 2	1 Februari 2020	2 Februari 2020	3 Februari 2020
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan TURP)	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, rasa nyeri seperti terbakar, rasa nyeri terjadi di sekitar alat vital, skala nyeri 8 (berat), nyeri datang mendadak dan hilang timbul dengan lamanya \pm 1menit dan kesulitan untuk tidur.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak gelisah untuk menahan sakitnya, tampak pucat, terlihat tubuh pasien anyep (ada keringat dingin), sering kali meraung kesakitan saat kencing, kedua kaki pasien diikat untuk menghindari 	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sedikit berkurang, rasa nyeri seperti di iris-iris, rasa nyeri terjadi di sekitar alat vital, skala nyeri 5 (sedang), nyeri datang mendadak dan hilang timbul dengan lamanya \pm 1menit dan masih sulit untuk tidur.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak rileks, saat kencing sesekali tubuh pasien menggeliat kesakitan, kedua kaki pasien masih diikat untuk menghindari pergerakan yang abnormal. 	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi sudah berkurang, rasa nyeri seperti dicubit, rasa nyeri terjadi di sekitar alat vital, skala nyeri 3 (ringan), nyeri datang mendadak dan hilang timbul.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak rileks, sudah berani bergerak/ganti posisi. b. Terpasang three way kateter pada genitalia. c. Warna urine kuning jernih. . Urine tertampung

	<p>pergerakan yang abnormal.</p> <p>b. Terpasang three way kateter pada genetalia.</p> <p>c. Warna urine kemerahan. Urine tertampung 1000cc</p> <p>d. TD : 150/90 mmHg, N :100x/mnt, RR : 24x/mnt</p> <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan 1-6</p>	<p>b. Terpasang three way kateter pada genetalia.</p> <p>c. Warna urine kuning kecoklatan. Urine tertampung 700cc</p> <p>d. TD : 150/70 mmHg, N :88x/mnt, RR : 21x/mnt</p> <p>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian dari point KH : 2 dan 3</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1,3,4,5,6</p>	<p>600cc</p> <p>d. TD : 140/70 mmHg, N : 92 x/mnt, RR : 20x/mnt</p> <p>A : Masalah nyeri teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan dalam pemberian HE :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dianjurkan untuk mengurangi aktivitas berat yang dapat memicu kambuhnya penyumbatan pada prostat 2. Pasien dianjurkan minum yang banyak 3. Pasien tidak boleh makan makanan yang berlemak dan makan jerohan 4. Pasien dianjurkan untuk kontrol ke poli
--	---	--	--

Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan

4.2 Pembahasan

Pada sub bab ini berisi tentang pembahasan asuhan keperawatan melalui pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi dengan maksud memperjelas karena tidak semua yang ada pada teori dapat diterapkan dengan mudah pada kasus yang nyata. Sub bab ini juga membahas tentang perbandingan partisipan 1 dan partisipan 2 antara kasus nyata dan teori.

4.2.1 Pengkajian

Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil pengkajian klien post operasi BPH, menunjukkan bahwa partisipan 1 berumur 67 tahun dan partisipan 2 berumur 67 tahun. Beberapa hipotesis menduga sebagai penyebab timbulnya benigna prostat hyperlasia yaitu dari faktor usia karena peningkatan usia akan membuat ketidakseimbangan rasio antara estrogen dan testoteron. Dengan meningkatnya kadar estrogen diduga berkaitan dengan terjadinya hyperplasia stroma, sehingga timbul dugaan bahwa testosteron diperlukan untuk inisiasi terjadinya proliferasi sel tetapi kemudian estrogen lah yang berperan untuk perkembangan stroma (Wijaya & Putri, 2013). Dalam jurnal juga menyebutkan bahwa pada usia lanjut beberapa pria mengalami *benigna prostat hyperplasia*. Keadaan ini dialami oleh pada usia 60-70 tahun meningkat menjadi 50% dan usia lebih dari 70 tahun mencapai 90%. Pembesaran prostat menyebabkan terganggunya aliran urin sehingga menyebabkan gangguan miksi atau buang air kecil

(Aprina et al, 2016). Dari pembahasan tersebut dapat disimpulkan bahwa faktor usia menjadi bagian dari pencetus dari benigna prostat hyperlasia

Hasil pengkajian pada partisipan 1 dan 2 didapatkan keluhan utama yang sama yaitu nyeri post operasi. Nyeri adalah pengalaman sensori yang tidak menyenangkan, unsur utama yang harus ada untuk disebut nyeri adalah rasa tidak menyenangkan (Zakiyah, 2015). Pada pasca pembedahan (post op) merasakan nyeri hebat dan 75% penderita mempunyai pengalaman yang kurang menyenangkan akibat pengelolaan nyeri yang tidak adekuat (Aprina et al, 2016). Dari hasil pembahasan diatas dapat disimpulkan setiap pembedahan selalu berhubungan dengan insisi yang merupakan trauma bagi penderita/pasien yang menimbulkan berbagai keluhan dan gejala. Salah satu keluhan yang sering dikemukakan adalah nyeri.

Hasil pengkajian didapatkan bahwa partisipan 1 dan 2 memiliki gejala yang sama saat nyeri. Setelah mengalami pembedahan pada partisipan 1 didapatkan data nyeri pada luka bekas operasi, rasa nyeri seperti tertusuk-tusuk, rasa nyeri terjadi di sekitar alat vital, skala nyeri 6 (sedang), nyeri datang mendadak dan hilang timbul dengan lamanya \pm 1menit, wajah tampak meringis dan pucat. Pada partisipan 2 ditemukan data nyeri pada luka bekas operasi, rasa nyeri seperti terbakar, rasa nyeri terjadi di sekitar alat vital, skala nyeri 8 (berat), nyeri datang mendadak dan hilang timbul dengan lamanya \pm 1menit, wajah tampak meringis dan pucat. Akan tetapi pada partisipan 2 cukup banyak gejala yang ditimbulkan dan menimbulkan perbedaan seperti gelisah, keringat dingin (diaforesis), sering kali meraung

kesakitan saat kencing dan terlihat terpasang strain/tali pengikat di kedua kaki untuk menahan pergerakan. hal ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti usia, jenis kelamin, latar belakang sosial budaya, lingkungan dan pengalaman sensori itu sendiri. Persepsi nyeri juga merupakan faktor yang dapat memengaruhi nyeri dari setiap individu berbeda (Aprina et al, 2016). Nyeri itu sendiri dapat dimodifikasi oleh bagaimana seseorang berpikir tentang nyeri yang dirasakannya, apa saja pengharapannya atas nyerinya, dan apa makna nyeri tersebut dalam kehidupannya. Hal ini juga sama dengan konsep teori yaitu setiap pembedahan akan menimbulkan nyeri dengan awitan yang cepat dan tingkat keparahan yang bervariasi (sedang sampai berat). Macam-macam kualitas nyeri adalah seperti ditusuk-tusuk, diiris, dibakar, hilang timbul, sakit nyeri dalam atau superficial (Prasetyo S. N., 2010).

Pemeriksaan fisik B1 (Breathing) didapatkan hasil berbeda antara kedua partisipan. Fakta yang terjadi partisipan 1 dengan RR : 23x/mnt dan partisipan 2 dengan RR : 25x/mnt. Hal ini terdapat pada konsep teori dan batasan karakteristik jika seseorang mengalami nyeri akan mengalami kenaikan frekuensi nafas (Zakiyah, 2015), (SDKI, 2017), (Kamitsuru, 2018). Nyeri mempengaruhi perubahan vital sign karena didalam tubuh ada sistem saraf otonom yang dibagi menjadi 2 yaitu ada sistem saraf simpatis dan parasimpatis. Jadi ketika tubuh kita relax maka yang bekerja adalah saraf parasimpatis. Namun ketika ada stressor/kondisi tidak nyaman misalnya nyeri maka yang bekerja adalah saraf simpatis. Karena saraf

simpatis ini berperan meningkatkan rangsangan/memacu organ tubuh, memacu meningkatnya denyut jantung dan pernapasan. Saraf simpatis menyebabkan pembuluh darah mengalami vasokonstriksi atau penyempitan sehingga tekanan darah, denyut jantung akan naik, ketika terjadi nyeri pula saraf simpatis akan mengakibatkan cepatnya laju pernafasan.

Pemeriksaan fisik B2 (Blood) kedua partisipan mengalami peningkatan tekanan darah dan nadi. Partisipan 1 dengan TD : 155/74mmHg, N : 80x/mnt dan partisipan 2 dengan TD 150/70mmHg, N : 105x/mnt. Akan tetapi pada partisipan 1 frekuensi nadi tidak terjadi kenaikan signifikan. Menurut peneliti hal ini terjadi karena perbedaan respon nyeri yang dialami kedua partisipan yaitu partisipan 1 (nyeri sedang) dan partisipan 2 (nyeri berat) yang memungkinkan lebih memperberat kondisi partisipan. Karena dari beberapa pembahasan diatas didapatkan bahwa partisipan 2 mengalami gejala gelisah (ansietas). Menurut teori gelisah (ansietas) dapat menurunkan toleransi terhadap nyeri (Zakiyah, 2015).

Pemeriksaan fisik B3 (Brain) kedua partisipan mengalami gejala yang sama yaitu kesulitan untuk tidur. Menurut peneliti keadaan ini karena kejadian traumatis/ pasca operasi sebelumnya yang mampu memicu tubuh untuk menjadi terstimulasi secara berlebih dan membuat tubuh tetap terjaga. Akan tetapi terjadi perbedaan pada partisipan 2 didapatkan data tambahan yaitu gelisah (ansietas). Menurut teori hubungan ansietas dengan nyeri merupakan suatu hal yang kompleks. Ansietas dapat meningkatkan persepsi

nyeri dan sebaliknya, nyeri juga dapat menyebabkan timbulnya ansietas bagi klien yang mengalami nyeri. Adanya bukti bahwa sistem limbik yang diyakini dapat mengendalikan emosi terhadap nyeri yaitu memperburuk atau menghilangkan nyeri (Zakiyah, 2015).

Pemeriksaan fisik B4 (Bladder) kedua partisipan mengalami gejala yang sama yaitu melindungi area yang sakit saat kencing dengan cara memegangi perut. Akan tetapi terjadi perbedaan pada partisipan 2 didapatkan data tambahan yaitu merintih kesakitan. Keadaan ini karena keberadaan enfekalin dan endorfin yang membantu menjelaskan bagaimana orang yang berbeda merasakan tingkat nyeri dari stimulus yang sama. Kadar endorfin berbeda tiap individu, individu dengan endorfin tinggi sedikit merasakan nyeri dan individu dengan sedikit endorfin merasakan nyeri lebih besar. Klien bisa mengungkapkan nyerinya dengan berbagai jalan, mulai dari ekspresi wajah, vokalisasi dan gerakan tubuh. Ekspresi yang ditunjukkan klien itulah yang digunakan untuk mengenali pola perilaku yang menunjukkan nyeri (Zakiyah, 2015).

Pemeriksaan fisik B5 (Bowel) kedua pasien mengalami gejala yang berbeda yaitu partisipan 1 tidak mengalami perubahan nafsu makan karena nyeri yang dialami sedangkan partisipan 2 mengalami perubahan nafsu makan. Dalam batasan karakteristik perubahan nafsu makan terjadi karena nyeri yang dialami (Zakiyah, 2015). Menurut teori saat seseorang sakit ada beberapa perubahan yang terjadi di dalam tubuh. Salah satunya diproduksi hormon sitokin yang menyebabkan nafsu makan menjadi

berkurang. Tim peneliti dari *Department of Psysiological Sciense Utah State University* berpendapat hilangnya nafsu makan saat sedang sakit ternyata punya fungsi sangat penting. Kondisi ini bisa meningkatkan kemampuan sel tubuh untuk melakukan autophagy (proses memakan dirinya sendiri). Dalam situasi normal, sel tubuh akan melakukan autophagy (sejenis daur ulang sel) untuk membersihkan sampah yang dihasilkan oleh bagian-bagian dalam sel. Melalui proses ini, sel tubuh dapat mendaur ulang sampah yang bisa menyebabkan kerusakan. Sampah-sampah tersebut lalu digunakan untuk membuat bagian sel baru. Dengan kata lain, seluruh tubuh seseorang senantiasa meregenerasi supaya bisa berfungsi normal.

Dari hasil tersebut peneliti menyimpulkan bahwa nyeri adalah pengalaman subyektif sehingga terjadi beberapa perbedaan yang dialami oleh setiap individu dan fakta yang ada sesuai dengan teori yang ada.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Dari pengkajian didapatkan data pada partisipan 1 yaitu nyeri post operasi, nyeri seperti tertusuk-tusuk, kesulitan untuk tidur, nyeri datang mendadak dan hilang timbul dengan lamanya \pm 1menit, wajah pasien tampak menahan sakit, tampak pucat, gerakan tubuh tampak melindungi bagian yang sakit, skala nyeri : 6 (sedang), TD : 155/74 mmHg, N : 80x/mnt, RR : 23x/mnt. Sedangkan pada partisipan 2 yaitu nyeri post operasi, rasa nyeri seperti terbakar, nyeri datang mendadak dan hilang timbul dengan lamanya \pm 1menit, kesulitan untuk tidur, wajah pasien tampak menahan sakit, tampak pucat dan gelisah, keringat dingin

(anyep/diaforesis), gerakan tubuh tampak melindungi bagian yang sakit, skala nyeri : 8 (berat), TD : 150/70 mmHg, N : 105x/mnt, RR : 25x/mnt.

Nyeri akut yang dialami oleh partisipan 1 dan 2 berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan TURP) (SDKI, 2017), (Kamitsuru, 2018). Dengan batasan karakteristik dari batasan mayor (Subjektif) : mengeluh nyeri, (Objektif) : tampak meringis/menahan sakit, bersikap protektif misal waspada, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Batasan mayor harus ada karena untuk memperkuat penegakan diagnosa. Sedangkan dari batasan minor (Objektif) : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis. Batasan minor adalah penunjang untuk melengkapi batasan mayor dalam penegakan diagnosa dan tidak harus ada, meskipun terjadi beberapa perbedaan tanda gejala dari kedua pasien tersebut. Karena setiap individu memiliki faktor-faktor yang berbeda dalam memengaruhi persepsi nyeri.

Respon non verbal dapat disimpulkan jika pasien mengalami nyeri setelah post operasi didapatkan dari observasi dan dari respon verbal memungkinkan pasien dapat mengontrol sehingga tidak menunjukkan adanya nyeri. Karena pasien dengan kognitif yang baik dapat melaporkan atau memberikan informasi adanya deskripsi mengenai nyeri (verbal maupun isyarat kode) (Zakiyah, 2015). Dari hasil pengkajian dan pembahasan teori tersebut dapat disimpulkan bahwa kedua pasien dapat ditegakkan diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut.

4.2.3 Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan intervensi yang harus dilakukan dalam mengatasi permasalahan yang muncul pada klien. Pada tahap ini penulis membuat rencana tindakan keperawatan sesuai dengan teori meliputi tujuan dan kriteria hasil yang dirumuskan dan telah ditetapkan sebelumnya, serta penulisan rencana tindakan yang operasional. Perencanaan secara umum dibuat berdasarkan pada teori yang ada dari berdasarkan masalah yang terjadi pada klien dengan memperhatikan kondisi fisik, dan sarana prasarana yang ada di rumah sakit. Tindakan keperawatan ini meliputi aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative serta melibatkan keluarga, sehingga semua rencana yang ada pada teori dapat dilaksanakan pada kasus nyata .

Perencanaan keperawatan merupakan intervensi yang harus dilakukan dalam mengatasi permasalahan yang muncul pada klien. Pada tahap ini penulis membuat rencana tindakan keperawatan sesuai dengan teori meliputi tujuan dan kriteria hasil yang dirumuskan dan telah ditetapkan sebelumnya, serta penulisan rencana tindakan yang operasional. Perencanaan secara umum dibuat berdasarkan pada teori yang ada dari berdasarkan masalah yang terjadi pada klien dengan memperhatikan kondisi fisik, dan sarana prasarana yang ada di rumah sakit. Tindakan keperawatan ini meliputi aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative serta melibatkan keluarga, sehingga semua rencana yang ada pada teori dapat dilaksanakan pada kasus nyata .

Distraksi yaitu pengalihan nyeri yang memfokuskan perhatian klien ke stimulus yang lain daripada terhadap rasa nyeri dan emosi negative. Teknik distraksi dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori bahwa aktivitas retikuler menghambat stimulasi nyeri, jika seseorang menerima input nyeri ke otak (nyeri berkurang atau tidak dirasakan oleh klien). Oleh karena itu stimulasi penglihatan pendengaran, dan sentuhan mungkin akan lebih efektif dalam menurunkan nyeri dibanding stimulasi satu indra saja. Sedangkan teknik relaksasi adalah suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Berbagai metode dilakukan untuk menurunkan kecemasan dan ketegangan otot sehingga didapatkan penurunan denyut jantung, penurunan ketegangan otot (Zakiah, 2015).

Rencana keperawatan sudah sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul pada partisipan 1 dan 2 yaitu Identifikasi nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, skala dan intensitas nyeri, identifikasi atau hilangkan faktor-faktor yang mencetuskan atau yang meningkatkan pengalaman nyeri pasien (misal rasa takut, kelelahan dan kurang pengetahuan dll), pertahankan tirah baring bila diindikasikan, ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan teknik relaksasi (nafas dalam, menghela nafas dan pernapasan abdomen) dan latihan teknik distraksi (mengalihkan perhatian misalnyan dengan mengobrol, mendengarkan musik dll), kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik. Namun tidak semua intervensi yang

sebelumnya ditetapkan dapat dilakukan karena melihat kondisi klien dan kondisi lapangan.

Jadi intervensi yang diberikan sudah sesuai dengan teori yang ada. Intervensi yang diberikan pada partisipan 1 dan 2 didapatkan hasil yang sama yaitu setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam masalah nyeri akut teratasi dengan ditandai wajah pasien tampak rileks dan skala nyeri berkurang/melaporkan nyeri terkontrol. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi keperawatan pada partisipan 1 dan partisipan 2 tidak ada kesenjangan antara teori dengan fakta.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang sudah dilakukan sudah sesuai dengan rencana keperawatan yang akan diberikan kepada pasien, semua dilaksanakan dan pasien kooperatif dalam menerima rencana keperawatan.

Implementasi yang komprehensif merupakan tindakan dari rencana yang telah disusun pada tahap-tahap perencanaan dapat terwujud dengan baik apabila berdasarkan diagnosa keperawatan, jenis tindakan, atau pelaksanaan bisa dikerjakan oleh perawat itu sendiri, kolaborasi sesama tim / kesehatan lain dan rujukan dari profesi lain. Implementasi merupakan langkah ke empat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Dalam tahap ini perawat harus mengetahui berbagai hal diantaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada klien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman

tentang hak-hak dari pasien serta dalam memahami tingkat perkembangan pasien.

Pada implementasi ini peneliti lebih memfokuskan pada mengajarkan teknik non farmakologis seperti teknik relaksasi (nafas dalam, menghela nafas) dan teknik distraksi (dengan mengobrol atau mendengarkan musik kesukaan pasien). Karena tindakan ini berperan banyak untuk mengatasi masalah yang dikeluhkan pasien yaitu nyeri. Nafas dalam mampu memperlancar aliran darah, mengurangi kekakuan otot dan sendi, tindakan ini dilakukan pada kedua pasien. Mengobrol atau dengan mendengarkan musik mampu mengalihkan sedikit titik fokus nyeri yang dialami oleh pasien. Namun terdapat perbedaan hasil antara kedua klien saat melakukan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri yang dialami pasien. Fakta yang didapatkan jika nyeri yang dialami pasien mengalami penurunan dengan rentang 1-3 skala setelah dilakukan teknik distraksi dan relaksasi. Fakta yang didapat dilapangan sesuai dengan teori jika teknik non farmakologi mampu mengurangi intensitas nyeri tanpa mengesampingkan pemberian obat analgetik. Karena pemberian obat analgetik untuk menurunkan intensitas nyeri secara optimal pada kedua pasien.

Intervensi sudah dapat diimplementasikan oleh peneliti dengan baik selama 3 hari, semua intervensi sudah dilakukan oleh peneliti. Pada partisipan 1 dan 2 hari ke-3 implementasi dihentikan karena didapatkan hasil nyeri berkurang dan kedua pasien menunjukkan skala nyeri 1-3 (ringan). Intervensi dilanjutkan dalam pemberian edukasi yaitu pasien

dianjurkan untuk mengurangi kegiatan yang berat, minum yang banyak, tidak boleh terlalu banyak makanan yang berlemak dan jerohan, dan dianjurkan untuk kontrol ke poli. Apa yang sudah diterjadi dikedua pasien, sesuai dengan teori dan fakta yang ada.

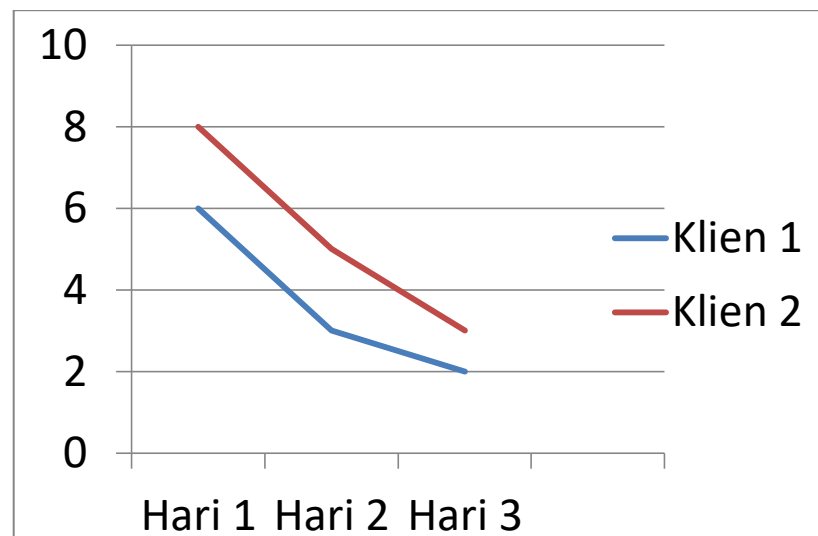
4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan pada akhir setelah tindakan keperawatan selama kurun waktu yang sudah ditentukan dalam perencanaan keperawatan. Hasil studi kasus didapatkan evaluasi pada partisipan 1 dan 2 setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam masalah nyeri akut teratasi, hal ini dibuktikan dengan kriteria hasil pasien melaporkan nyeri terkontrol/berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri baik farmakologis maupun non farmakologis.

Pada hari ketiga dalam pemberian asuhan keperawatan, partisipan 1 mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 2 (ringan), TD : 140/70 mmHg, N : 86x/mnt, RR : 18x/mnt, pasien tampak lebih rileks, sudah berani bergerak/ganti posisi, terpasang three way kateter pada genetalia, warna urine kuning jernih, urine tertampung 400cc. Sedangkan partisipan 2 mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 3 (ringan), pasien tampak rileks, sudah berani bergerak/ganti posisi, terpasang three way kateter pada genetalia, warna urine kuning jernih, urine tertampung 600cc, TD : 140/70 mmHg, N : 92 x/mnt, RR : 20x/mnt.

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan, apakah benar-benar telah

terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang dikaji berupa catatan perkembangan pasien berdasarkan Nursing Out Comes / Kriteria Hasil tujuan Asuhan Keperawatan terhadap nyeri yang terjadi.



Hasil evaluasi yang diberikan dapat mengatasi masalah nyeri, walaupun kedua partisipan nyeri sama-sama teratasi tetapi ada perbedaan pada tahapan perkembangan skala nyeri. Pada partisipan 1 hari kedua menunjukkan skala nyeri 3 (ringan), sedangkan pada partisipan 2 pada hari kedua menunjukkan skala nyeri 5 (sedang). Hal ini disebabkan oleh respon dan intensitas nyeri yang dirasakan oleh kedua klien berbeda. Respon pikiran individu terhadap nyeri yang dirasakan dapat diasosiasikan dengan kemampuan coping individu menghadapi nyerinya. Bagi beberapa individu yang berpendapat nyerinya sebagai suatu tantangan melaporkan nyeri lebih rendah dengan tingkat depresi yang rendah disertai dengan mekanisme coping yang lebih baik juga dibandingkan dengan pasien yang menganggap nyerinya adalah sebagai musuh.

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam asuhan keperawatan sehingga kriteria hasil bisa dicapai. Hal ini menunjukkan bahwa evaluasi keperawatan pada partisipan 1 dan 2 tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta.